FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges HOUTTELETTE
Né à Soissons, le 27 mars 1885

ÉTUDE

SUR LA

Rétrodéviation Utérine Mobile

ET SON TRAITEMENT

Résultats éloignés du Procédé de Doléris

Président : M. POZZI, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUINON	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MALLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

188

MESSIEURS LES DOCTEURS :

MAGNAN, Hôpital général de Tours, Médecine générale (Externat 1904).

ARCHAMBAULT, Hôpital général de Tours, Médecine mentale (Externat 1904).

MEUNIER, Hôpital général de Tours, Professeur de Clinique médicale (Internat 1905).

BARNSBY, Hôpital général de Tours, Professeur de Clinique chirurgicale (Internat 1906 et 1908).

LAPEYRE, Hôpital général de Tours, Chirurgie générale et gynécologie (Internat fin 1908).

BROUSSIN, Hôpital civil de Versailles, Maternité (Internat 1909).

PARELLE, Hôpital civil de Versailles, Chirurgie (hommes) (Internat 1910).

BROUSSIN, Hôpital civil de Versailles, Chirurgie (femmes (Internat 1910-1911).

29231

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

PROUST, JAYLE, BENDER, Hôpital Broca (Externat 1910).

MERCIER, Professeur de Pathologie interne à l'École de Médecine de Tours.

TILLAYE, Chirurgien de l'Hôpital de Clocheville, Chef de Clinique chirurgicale de l'École de Médecine de Tours.

BOSC, Médecin de l'Hôpital civil de Tours, Médecin de la crèche Léon-Boyer.

LAURENT, Médecin de l'Hôpital civil de Versailles.

MAUGER, Médecin de l'Hôpital civil de Versailles.

BRUNEL, Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital civil de Versailles.

SŒDERLINDH, Oculiste de l'Hôpital civil de Versailles.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Avec l'hommage de ma profonde reconnaissance.

ÉTUDE

SUR LA

Rétrodéviation Utérine Mobile

ET SON TRAITEMENT

Résultats éloignés du Procédé de Doléris

PRÉFACE

J'adresse au début de ce travail tous mes remerciements à mon ancien maître, le Dr Henry Barnsby, Professeur de Clinique chirurgicale à l'École de Médecine de Tours. Durant les deux années d'internat que j'ai passées dans son service, il n'a cessé de me témoigner sa sollicitude. Il m'a initié, tant à l'Hôpital qu'à sa Maison de Santé, à la pratique chirurgicale.

J'ai tenu à ce que mon sujet de thèse me soit inspiré par lui, afin de lui prouver toute ma reconnaissance.

J'adresse aussi mes remerciements particuliers à M. le Dr Broussin, Chirurgien de l'Hôpital de Versailles, et je tiens à lui exprimer ici ma profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

CE QU'IL FAUT ENTENDRE PAR RÉTRODÉVIATION UTÉRINE MOBILE

Nous allons, dans ce chapitre, tenter d'exposer, d'une façon aussi précise que possible, ce que nous entendons par *Rétrodéviation utérine mobile*. La première définition, et à la fois la plus simple qui vient à l'esprit, est la suivante : basculement en arrière de la totalité ou d'une partie de l'utérus, libre de toute adhérence pathologique. On pourrait, si l'on veut encore, l'appeler rétrodéviation *organique*, c'est-à-dire, tenant uniquement à la constitution de l'organe lui-même et à ses attaches naturelles.

Nous éliminerons donc, de parti pris, toutes les rétrodéviations dites adhérentes. Celles-là sont, pour ainsi dire, la signature de l'inflammation. Alors que les premières reconnaissent pour cause une certaine faiblesse dans la contexture du muscle utérin, une laxité ligamentaire exagérée, les secondes sont la résultante de brides, de tractus fibreux plus ou moins longs, plus ou moins nombreux, plus ou moins épais, qui, s'attachant d'une part, à la paroi postérieure ou

au fond de l'utérus, vont se fixer, d'autre part, à la face antérieure du rectum ou sur la partie postérieure du petit bassin, attirant ainsi de force l'utérus en arrière. Dans cette variété, la matrice est immobilisée comme dans une gangue, et l'on peut dire que la rédrodéviation n'est alors qu'un épiphénomène, une chose secondaire, surajoutée à l'inflammation pelvienne.

Les rétrodéviations adhérentes sont l'apanage des femmes infectées génitalement, soit par le gonocoque, soit par le streptocoque, tandis que les rétrodéviations mobiles, que nous étudions, se rencontrent le plus souvent *chez des femmes jeunes, vierges ou nullipares, quelquefois cependant primipares ou multipares, mais dont la filière génitale est restée indemne de toute souillure microbienne, rétrodéviations simples la plupart du temps, non accompagnées de prolapsus ; rétrodéviations qui se rencontrent avec un vagin normal, une sangle périnéale absolument intacte et sans aucun abaissement de l'utérus.*

Il est bon, avant de parler de position anormale de l'utérus, de rappeler brièvement sa position normale.

Placé à la façon d'un cône renversé dans le petit bassin, entre le pubis et la partie la plus élevée du sacrum, libre de toute adhérence sur la plus grande partie de son contour, l'utérus est véritablement suspendu en état d'équilibre instable aux parties molles qui l'entourent.

Chez une femme normale, dans un certain état de

réplétion de la vessie, l'utérus, dit Jayle, occupe une position type, une position idéale : il est rectiligne et médian, tangent par son centre à l'axe du bassin.

Il est en antéversion normale, légère pour les uns, assez accusée pour les autres : une ligne que l'on tirerait de la partie supérieure de la symphyse pubienne et rasant le fond de l'organe aboutirait au promontoire ou à un point de la colonne lombaire situé au niveau de la cinquième ou même de la quatrième vertèbre.

« Les auteurs, dit dans son *Traité d'Anatomie humaine* le Professeur Testut, s'accordent généralement à admettre que l'axe du corps de l'utérus et l'axe du col ne sont pas exactement dans la même direction, mais qu'ils s'inclinent légèrement l'un sur l'autre de façon à former dans leur ensemble une ligne courbe dont la concavité regarde la symphyse pubienne. L'inclinaison réciproque des deux axes du corps et du col est mesurée par l'angle, que forment ces deux axes en se rencontrant, et, cet angle, que l'on pourrait appeler *l'angle d'incurvation de l'utérus* est toujours très obtus à l'état normal ; il oscille généralement entre 140 et 170 degrés. Cet angle est à peu près constant : Boulard l'a observé 98 fois sur 107 et les recherches de Crédé et de Panas nous apprennent, d'autre part, que l'utérus rectiligne, c'est-à-dire l'utérus sans courbure antérieure ne s'observerait que dans un tiers des cas.

Cette antéflexion de l'utérus, selon Aran, n'a rien de bien mystérieux ni de bien difficile à comprendre :

ce n'est ni plus ni moins que le résultat de la pression exercée chez le fœtus par les viscères abdominaux sur la partie encore molle et peu résistante de l'utérus, c'est-à-dire sur le col, alors que l'organe est encore renfermé dans la cavité abdominale proprement dite. Et, la preuve, c'est que, quand par des circonstances spéciales, les parois du corps de l'utérus sont épaisses et résistantes, au lieu d'une inflexion en avant très prononcée, c'est à peine s'il y a une légère courbure. Quant à la direction dans laquelle se fait l'inflexion, elle est déterminée par la situation qu'affecte l'organe utérin, dont le col est maintenu en arrière et serré dans cette direction par les ligaments utéro-sacrés, tandis que le fond flotte librement, soutenu seulement par la masse abdominale.

Jayle, nous venons de le voir, admet pour l'utérus une position idéale. Ce n'est pas à dire pour cela que tous les auteurs partagent cet avis. Si quelques-uns, comme Kölliker, Sappey, Cruveilhier, Bandl, Testut, s'accordent à dire que l'axe utérin se confond sensiblement avec celui du petit bassin, d'autres, comme Schultze, Waldeyer, His, prétendent que l'utérus est couché horizontalement sur la face postérieure de la vessie ; d'autres encore, comme Claudius, Braune, Rudinger, Luschka, prétendent, au contraire, que l'utérus est normalement en rétroflexion, sa face postérieure couchée sur la face antérieure du rectum.

Que conclure de tout cela ? C'est, à notre avis, que ces différents auteurs ont examiné pour établir leurs statistiques des sujets quelconques, sans se soucier

suffisamment de l'âge, et c'est aussi, d'autre part, puisque toutes ces positions ont été observées, voire même en dehors de toute lésion pelvienne, que l'utérus reste par excellence *un organe essentiellement mobile.*

Comment d'ailleurs l'utérus ne serait-t-il pas un organe mobile ? Il a besoin de cette mobilité. La physiologie nous apprend que chaque fois que la vessie se remplit, l'utérus est repoussé en arrière, dans l'excavation du sacrum, et décrit alors avec le vagin une courbe à concavité antérieure moulée sur celle de la vessie. Quand la vessie se vide, le corps utérin reprend sa position initiale, et se trouvant poussé, d'autre part, par la masse intestinale, qui tend à occuper la place laissée vide par la vessie, il s'incline légèrement. Réciproquement, chaque fois que l'ampoule rectale est distendue, l'utérus est légèrement refoulé en avant.

Il est donc le *tampon mobile* entre la vessie et le rectum, dont il suit docilement les mouvements.

Dans un autre ordre d'idées, quand l'utérus devient gravide, n'a-t-il pas besoin de toute la latitude possible pour évoluer ?

Eh bien, il suffit d'étudier la façon dont l'utérus est fixé à la cavité pelvienne, pour se rendre exactement compte que cette mobilité lui est, normalement et dans une certaine mesure, assurée par ses moyens d'attache.

L'utérus, en effet, est maintenu en position par six ligaments disposés symétriquement. Nous n'avons

pas la prétention de rappeler ici toutes ces notions. Résumons brièvement les moyens de fixité de l'organe utérin.

Ce sont, d'une part, les ligaments larges, véritables cloisons transversales, formées par l'accolement sur chacun des bords utérins des deux lames péritonéales, qui tapissent partiellement, l'une la face antérieure, l'autre la face postérieure de l'utérus, et qui vont se fixer, d'autre part, sur les parois de l'excavation pelvienne, divisant ainsi le petit bassin en deux loges, un cavum pré-utérin, et un cavum rétro-utérin. Ces ligaments, doublés à leur intérieur d'une couche lâche et abondante de tissu cellulaire conjonctif, et de nombreuses fibres musculaires lisses diversement orientées, ont la même direction que l'utérus lui-même : dans le sens de la hauteur, ils sont obliques de haut en bas et d'avant en arrière. Ces deux ailes tendues en travers de l'excavation pelvienne assurent donc la stabilité de l'utérus dans le sens vertical. Relativement extensibles et la plupart du temps très peu tendus, ils permettent facilement la propulsion de l'utérus en avant et son retrait en arrière. Pour peu que cet organe s'infléchisse un peu trop en arrière, ils ne sauraient à eux seuls le maintenir : ils s'infléchissent avec lui.

Il faut donc, quand l'utérus a une tendance à basculer en arrière, faire intervenir d'autres éléments, sinon plus puissants, du moins plus résistants du fait de leur forme elle-même et de leurs attaches : ce sont les ligaments ronds. Véritables cordons, composés

de fibres musculaires et de fibres élastiques, se détachant du fond de l'utérus au niveau de ses angles, aplatis d'avant en arrière à leur origine, prenant peu à peu, à mesure qu'ils s'éloignent de l'utérus, une forme cylindrique d'une largeur de 5 à 6 millimètres, d'une longueur de 12 à 14 centimètres, ils gagnent obliquement, en se portant en avant et en dehors, l'orifice interne du canal inguinal qu'ils traversent complètement et finalement se terminent en épanouissant leurs fibres, à la base des grandes lèvres, dans le tissu cellulaire.

Leur rôle est des plus importants: ce sont *de véritables haubans* prenant leur point d'appui fixe dans la paroi abdominale elle-même (car le ligament rond est fixé dans le canal inguinal par une série de petits tendons), attirant constamment le fond de l'utérus en avant, et maintenant ainsi cet organe dans son état d'antéversion normale. Doués d'une certaine élasticité, ils permettent le retrait physiologique de l'utérus en arrière, lorsque la vessie distendue le repousse ; doués d'une certaine tonicité, ils le ramènent en avant dans sa position verticale, quand la vessie se vide.

Quant aux ligaments utéro-sacrés, ce sont deux formations falsiformes, prenant naissance en avant sur la face postérieure du col un peu au-dessus de l'isthme ; de là, se portant obliquement en arrière et en haut, continuant les faces latérales du rectum, ils viennent se fixer sur la première ou la deuxième ver-

tèbre sacrée, immédiatement en dedans de l'articulation sacro-iliaque.

Ces ligaments nous intéresseront peu au cours de notre étude sur la rétrodéviation. Ils fixent surtout le col utérin ; ils opposent, selon la remarque de Malgaigne, une certaine résistance à l'abaissement de l'utérus, en se tendant à la façon de deux cordes qui circonscrivent de chaque côté le cul-de-sac recto-vaginal. Tant qu'ils ne sont pas relâchés, dit d'autre part Tillaux, le prolapsus utérin est impossible.

Cela étant acquis, supposons que pour une raison ou pour une autre, en dehors naturellement de toute inflammation, sous l'influence par exemple d'un relâchement ligamentaire, et particulièrement des ligaments ronds, l'utérus bascule en arrière, que ses mouvements physiologiques possibles en arrière soient exagérés, que les ligaments ronds n'aient plus suffisamment de tonicité pour ramener l'organe en avant, nous aurons alors la *rétrodéviation utérine simple*, celle que nous étudions.

Nous aurons l'occasion, dans le chapitre suivant, d'étudier, en nous servant de ces données, le mécanisme et l'étiologie des rétrodéviations mobiles. Nous allons maintenant passer en revue leurs symptômes.

Il faut considérer dans l'utérus deux choses :

1° Le col ;

2° Le corps.

La totalité de l'utérus bascule-t-elle en arrière, corps et col à la fois, il y a *rétroversion*. Au contraire, le col reste-t-il fixé dans sa position normale,

grâce, en grande partie, aux ligaments utéro-sacrés, le corps seul bascule en arrière, formant avec le col un angle plus ou moins accentué, ouvert en bas, il y a *rétroflexion*. Dans la rétroversion, dit Jayle, l'utérus bascule en arrière autour d'un axe fictif transverse, répondant à l'union du corps et du col : le corps vient appuyer sur le rectum, et le col regarde en avant. Dans la rétroflexion, le corps de l'utérus se fléchit sur le col, qui reste en place.

Dans notre étude clinique, nous ne différencierons pas au point de vue des symptômes fonctionnels la rétroversion de la rétroflexion : elles donnent approximativement les mêmes symptômes.

Nous nous trouvons en présence de malades jeunes, de vingt à trente ans de préférence, *et qui viennent à nous parce qu'elles souffrent*. Ce sont la plupart du temps des femmes de la catégorie des neuro-arthritiques, et dont l'état nerveux est d'ailleurs aggravé par des souffrances continuelles. Ce sont souvent des femmes de la basse classe, travaillant debout et se livrant aux plus dures besognes. Ainsi, dans l'observation I du Dr Barnsby, c'est une jeune fille de ferme, habituée dès le jeune âge à un labeur pénible : sa famille ne lui a épargné aucune fatigue ; chez elle un traumatisme vient de déterminer la lésion. Dans l'observation II, c'est une aide de cuisine de vingt-huit ans ; c'est une fille de ferme (obs. III) ; c'est une écuyère de cirque (obs. IV). La plupart du temps, il n'y a pas eu d'accouche-

ment antérieur. On ne relève aucune trace d'infection génitale quelconque.

Ces malades éprouvent d'une façon presque continue des douleurs lombaires, qui augmentent quand elles sont fatiguées ou constipées. Les irradiations se font vers la paroi abdominale, les flancs, les cuisses, la région coccygienne. Le décubitus dorsal, au lieu de les apaiser, les augmente souvent, comme l'a noté Courty, et provoque des tiraillements au niveau de l'ombilic. Il existe une sensation de pesanteur sur le rectum, qui s'exagère chaque fois que les malades montent un escalier ou soulèvent un fardeau : aussi, beaucoup de ces femmes, lasses de souffrir, se condamnent-elles parfois au repos complet, qui accentue certains accidents, notamment la constipation et le météorisme abdominal. La constipation, qui est d'ailleurs de règle dans cette affection, est quelquefois accompagnée d'un ténesme rectal très pénible, et c'est à elle que Barnes attribuait le dépérissement progressif de certaines de ces malades.

Les malaises augmentent d'intensité *quelques jours avant et pendant les règles*, sous l'influence de la poussée congestive du petit bassin. A ce moment, on assiste à de véritables crises douloureuses, et l'on peut dire *que la dysménorrhée est le signe capital de la rétrodéviation mobile.*

Le sentiment de pression, de pesanteur désagréable et en même temps douloureuse, est plus prononcé immédiatement avant et pendant la mens-

truation, dit Frisch, dans son *Traité des maladies des femmes*. L'utérus, volumineux, rétrodévié, se gonflant à ce moment n'a pas d'espace dans le petit bassin, de sorte qu'il presse circulairement sur les parties qui l'entourent et qu'il est lui-même comprimé.

Si nous consultons les observations dues à l'obligeance du Dr Barnsby, nous voyons que la jeune fille de l'observation I se plaint de « coliques prémenstruelles de plus en plus douloureuses, et qu'elle accuse une sensation de douleur lombo-sacrée constante, mais surtout plus marquée au moment des règles » ; la malade de l'observation III voit les phénomènes douloureux s'exagérer au moment des époques; la lingère de l'observation III est amenée pour des douleurs prémenstruelles.

La dysménorrhée va de pair avec *la ménorragie*. Les règles durent de sept à dix jours, souvent plus. Certaines malades perdent pendant la majeure partie du mois : c'est à peine si l'hémorragie leur laisse quelques jours de répit. Si nous avons affaire à une rétroflexion, il peut se faire que l'orifice interne du col étant à demi obstrué du fait du basculement du corps sur le col, le sang menstruel s'accumule dans l'utérus et se trouve expulsé de temps à autre par des contractions douloureuses.

A côté de ces deux grands symptômes, qui ne manquent presque jamais, on peut souvent en observer d'autres, accessoires ceux-là, et à un degré plus ou moins variable selon les sujets.

Les femmes atteintes de rétrodéviation utérine mobile sont le plus souvent stériles. On ne saurait en définir la cause d'une façon bien précise : il est probable que cette stérilité tient à la situation défectueuse de l'utérus, ou mieux de son col, puisqu'on voit fréquemment, après une intervention qui a pour but de replacer l'utérus en bonne position, survenir une grossesse. Ainsi, Mme D..., de l'observation VII du Dr Barnsby, est mariée depuis dix ans ; elle n'a pas eu d'enfant ; elle subit en 1905 une ligamentopexie abdominale et devient enceinte aussitôt après. De même Mme X..., de l'observation VIII : mariée depuis trois ans, et restée sans enfant, on lui fait en 1903 une ligamentopexie et cette femme acccouche à la fin de l'année. De même Mme A. T... : mariée à dix-neuf ans, elle est opérée en 1905, à l'âge de vingt-huit ans, et devient enceinte pour la première fois en 1907. De même Mme Y. V... : mariée à vingt-sept ans, opérée en 1904, à l'âge de trente-quatre ans, voit survenir une première grossesse en 1905. Il en est ainsi pour les malades des observations XI et XII.

Certaines femmes, d'autre part, souffrent beaucoup pendant le coït, qui est de ce fait souvent rendu impossible ; la malade de l'observation X du Dr Barnsby accuse « des rapports conjugaux très difficiles ».

Mais, ce qui tourmente le plus les malades et particulièrement leur entourage, c'est *leur état de nervosisme souvent extrême*. Nerveuses déjà par tempé-

rament, leur nervosisme est entretenu et même exagéré par la déviation utérine. Les phénomènes qu'elles éprouvent sont d'ordre réflexe ou sympathique. Quelle en est l'origine ? Frisch, répondant à cette question, dit : « S'il a été souvent prouvé que ces phénomènes disparaissent après la réduction de la rétrodéviation, il n'en est pas moins vrai que, par là, il n'est pas démontré que ces symptômes soient à rapporter à l'utérus seul. La pression et le tiraillement que subissent les ovaires déplacés jouent également un rôle ; si nous songeons que la modification dans la nutrition des ovaires et leur hyperhémie influencent beaucoup le processus de la maturation et de la rupture du follicule, nous devrons rapporter autant les symptômes nerveux aux ovaires qu'à l'utérus. »

Ces troubles nerveux réflexes portent d'une façon générale sur tous les organes. Grâce à la richesse de l'innervation sympathique de l'utérus et de l'estomac, ce dernier organe subit le plus souvent le contre-coup de la lésion utérine : il survient de la dyspepsie et des affections chroniques de l'estomac indéfinissables, auxquelles les auteurs allemands ont donné le nom *d'hystéro-névrose-stomacale*.

Ces troubles gastriques, souvent accompagnés d'une dilatation énorme et d'atonie, ont bien été étudiés en France par Henri Bennet, Courty, Lacoarret. Les femmes se plaignent de ne pas digérer, d'être gonflées après les repas, d'avoir des bouffées de chaleur à la face, en sortant de table, d'éprouver

des nausées fréquentes, suivies quelquefois de vomissements alimentaires ou glaireux qui, dans certains cas, peuvent prendre l'allure de vomissements incohercibles.

Du côté de l'appareil respiratoire, on note une toux spéciale dite *toux utérine*, étudiée dans la thèse de P. Muller en 1887. C'est une petite toux sèche, quinteuse, souvent étouffée, ressemblant à un tic (Aran).

Les *névralgies* sont fréquentes : névralgies intercostales (Frisch, Bassereau), névralgie faciale, lombo-abdominale, sacrée, coccygienne (Simpson, Scanzoni, Pozzi, Delbet, Barnsby) ; névralgies le long du nerf fémoro-cutané (Pozzi, Schockært), le long de la cuisse gauche ; névralgie sciatique (Frisch) mastodynie ; hémicranie.

En proie à des souffrances continuelles, ces femmes évoluent soit vers la neurasthénie, avec son état de prostration, d'adynamie progressive, ses idées noires, soit vers l'hystérie avec toutes ses formes.

Chez certaines, on signale encore des palpitations de cœur avec douleurs précordiales souvent intenses (cardialgie hystérique des Allemands) ; de l'aphonie (Kehrer), des attaques de chorée ou d'épilepsie (Schrœder), des crises d'hystéro-épilepsie. On a noté aussi dans quelques cas une certaine parésie des membres inférieurs (Delbet), du tremblement des jambes et des bras (Frisch).

Tels sont les différents symptômes fonctionnels qui caractérisent la rétrodéviation utérine mobile,

celle, répétons-le qui ne s'accompagne d'aucune inflammation ; affection éminemment chronique dans la majorité des cas, ses symptômes apparaissent progressivement et acquièrent peu à peu une intensité plus grande. Il est bon de dire néanmoins, qu'à côté de ces formes douloureuses, de ces formes nerveuses, il existe des rétrodéviations mobiles qui restent silencieuses pendant toute la vie de la femme.

« Elles le sont surtout, dit Schwartz, chez des femmes pauvres, moins portées que celles de la classe aisée à s'écouter. Elles le sont encore chez des femmes à bassin large, chez lesquelles l'utérus peut se mouvoir librement, sans subir le froissement des autres organes. Tout ce qui tend à congestionner le petit bassin prédispose aux manifestations morbides et il y a lieu d'admettre avec Aran que la menstruation et les relations sexuelles éveillent souvent les symptômes d'une rétrodéviation restée jusque-là latente. D'un autre côté, on voit les phénomènes morbides cesser avec la ménopause.

Nous ne serions pas complet, si, à côté de cette rétrodéviation chronique d'emblée, que nous venons d'étudier, nous ne signalions pas la *forme aiguë*.

Nous allons pouvoir l'observer dans deux cas :

C'est, par exemple, à la suite d'un traumatisme, ainsi qu'il est rapporté dans une observation de Tillaux (*Annales de Gynécologie*, décembre 1889) : à la suite d'une chute sur le siège, une jeune fille est prise dans le bas-ventre de douleurs aiguës ; on l'examine et on constate la présence d'une rétrodé-

viation, laquelle, réduite instantanément, guérit sans laisser aucune trace. On voit apparaître cette variété après un effort violent, pour soulever un fardeau, pour prendre un objet élevé. La douleur est subite est ressemble à une déchirure interne ; c'est, en réalité, une fausse sensation qui tient au déplacement de la masse intestinale, qui, dans ce brusque mouvement, passe, de la face postérieure de l'utérus, à la face antérieure.

C'est encore une allure aiguë que revêt dans certains cas la *rétrodéviation suite de couches*. Il y a alors, dit P. Delbet, des douleurs extrêmement vives, un ténesme rectal violent, une dysurie pénible et des hémorragies. Frisch a vu survenir une rétrodéviation de ce genre subitement aussitôt après l'expulsion du placenta, mais le moment d'apparition en est généralement du dixième au quinzième jour après l'accouchement.

Il nous reste maintenant à passer rapidement en revue les symptômes *physiques* de la rétrodéviation, et, ici, la distinction que nous avons établie plus haut, entre la *rétroversion et la rétroflexion* va devenir indispensable.

§ 1. — Rétroversion

Nous examinerons la femme couchée, le siège légèrement relevé. Le *toucher vaginal* joint au *palper abdominal* vont nous renseigner d'une façon précise :

1° Le *col* n'est pas à sa place ordinaire : il est plus

ou moins *remonté ;* quelquefois il est complètement caché derrière la symphyse ;

2° Le *corps de l'utérus* est basculé dans le prolongement de l'axe du col, et on le trouve dans le cul-de-sac de Douglas ;

3° Il n'y a pas d'angle de fléxion ouvert en bas et en avant à l'union du corps et du col ;

4° Les culs-de-sac sont souples et non douloureux ; le cul-de-sac antérieur et réduit ; le cul-de-sac postérieur augmenté ;

5° L'utérus est parfaitement mobile : on peut accrocher le fond avec le doigt et le ramener en avant, dans sa position initiale.

Il y a un signe, qui pourra être d'une certaine utilité et qui indiquera nettement que l'on est bien en présence, lors du toucher vaginal, de la face postérieure de l'utérus, prolabée dans le Douglas : c'est, selon la remarque de Le Dentu, la constatation de la *crête médiane postérieure de l'utérus*. Elle serait l'analogue de la crête signalée par les anatomistes sur la face antérieure ; de 1892 à 1895, Le Dentu a recherché systématiquement cette crête médiane postérieure et il a pu en constater presque toujours l'existence. Signalée précédemment par Meckel, elle a donc un véritable intérêt en clinique : elle peut se sentir sur la majorité des utérus, voire même des utérus gravides de un à trois mois. Længer (de Leipzig) a contrôlé d'ailleurs les recherches de Le Dentu et est arrivé aux mêmes conclusions.

Il sera utile, dans certains cas, de recourir au toucher rectal et à l'hystérométrie.

§ 2. — Rétroflexion

Au toucher vaginal, on reconnaît :

1° Le col est à sa place ou très légèrement remonté ;

2° Le corps est basculé dans le Douglas. Son axe forme avec l'axe du col un angle plus ou moins obtus, ouvert en bas et en avant ;

3° Les culs-de-sac sont souples et non douloureux ;

4° L'utérus est parfaitement mobile. On peut accrocher le fond et le ramener en avant. Au cours de cette manœuvre, l'angle de flexion a une tendance à diminuer de plus en plus, et arrive à disparaître quelquefois, quand l'axe du corps a été ramené dans le prolongement de l'axe du col.

Comme dans le cas précédent, il n'y a ici aucun abaissement appréciable de l'utérus.

Tels sont les principaux signes cliniques de la rétrodéviation utérine mobile ; voilà ce qu'est cette affection qui doit prendre définitivement maintenant sa place dans le cadre nosologique, non plus a l'état *d'entité morbide*, comme autrefois, mais à titre d'affection *véritable*, ayant des symptômes propres, liés à elle seule et non à des lésions inflammatoires surajoutées.

« On a beaucoup discuté, dit Pierre Delbet, pour savoir si tous les symptômes qu'on observe dans les

cas de rétrodéviation étaient dus à la rétrodéviation elle-même ou à des lésions surajoutées, par exemple à des lésions de métrite. Il n'est pas douteux que, dans certains cas, la métrite joue un rôle, mais il est aussi certain que celui de la *rétrodéviation est considérable*. On objecte que certaines déviations peuvent rester absolument sans symptômes : cela est incontestable, mais, parce qu'une déviation peut rester latente, ce n'est pas une raison pour qu'il en soit toujours ainsi, et nier qu'elle peut par elle-même engendrer des symptômes, c'est oublier qu'on voit parfois tous ces symptômes disparaître par le simple redressement de l'utérus. »

« La plupart des auteurs, dit d'autre part Richelot, (Congrès de Chirurgie, octobre 1905), enseignent que la rétrodéviation est un accident de la grossesse et de la puerpéralité ; l'infection de l'utérus, des annexes et des ligaments en seraient les seules causes. Par suite, la prétendue maladie appelée rétrodéviation n'existe pas. Il faut la rayer de la pathologie et donner toute son attention aux lésions concomitantes. Eh bien ! cette manière de voir ne peut me satisfaire. Oui, il y a des rétrodéviations où l'utérus est flanqué et infecté de lésions plus ou moins graves des annexes ; la déviation est secondaire ; l'organe est refoulé par des tumeurs annexielles, attiré par des adhérences. Dans ces cas là, il faut s'occuper de l'infection pelvienne et oublier l'attitude vicieuse ou n'en tenir que peu compte.

Mais il y a des déviations qui ont un sens tout

différent. On y voit l'utérus tomber en arrière *par suite de la seule insuffisance de ses liens fibreux.* Ces rétrodéviations simples, mobiles, se rencontrent chez des femmes jeunes, jamais accouchées, jamais infectées, chez des vierges même, aussi bien que chez des multipares. La laxité des ligaments utérins est un cas particulier du relâchement de ces tissus fibreux qui relève du *neuro-arthritisme.*

Or, la rétrodéviation utérine des arthritiques nerveuses est *par elle-même une cause de douleurs et de troubles fonctionnels. Elle provoque et entretient la congestion utérine, donne des crises de névralgie pelvienne, aggrave la névropathie.*

CHAPITRE II

ÊTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il est facile d'expliquer la rétrodéviation chez une femme qui a déjà accouché : le périnée a pu être déchiré, et n'être plus qu'un moyen insuffisant de soutien pour l'utérus ; les ligaments ont pu être élongés, l'utérus lui-même peut avoir subi une certaine modification dans la structure intime de sa fibre musculaire ; facile aussi après un avortement, quand l'involution utérine s'est faite tard et d'une façon incomplète ; facile quand une tumeur du fond de la matrice couche l'utérus sur le sacrum ; facile encore quand des adhérences inflammatoires attirent l'utérus en arrière.

Mais tel n'est pas notre cas. Les malades dont nous nous occupons sont pour la plupart des nullipares, souvent même des vierges : il n'y a trace chez elles d'aucune inflammation utérine ou péri-utérine et leur sangle périnéale est intacte ou paraît telle.

Revenons sur les moyens qui assurent la statique utérine. L'utérus, poserons-nous en principe, est un organe mobile, sans cesse sollicité par des forces

variées qui tendent à le déplacer, mais qui revient toujours à sa position initiale,à la condition *sine qua non* que tous ses moyens de *soutien* et surtout de *suspension* soient parfaitement intacts,et à condition que lui-même n'ait subi dans sa contexture musculaire aucune modification importante. Il est, selon une comparaison de Macrez, comme le ballon retenu par ses amarres,oscillant en tous sens et tendant toujours à la position verticale.

Nous venons d'écrire : *moyens de soutien et de suspension de l'utérus* ; et en effet, c'est ainsi qu'il faut envisager la question. L'organe utérin est à la fois soutenu et suspendu et la vieille comparaison de la lampe à pied et de la lampe à suspension n'est pas inexacte.

Le *périnée*, c'est classique, est le principal moyen de soutien de la matrice. C'est tellement vrai, que, quand, avec une valve de Sims on le déprime,l'utérus vient très facilement à la vulve ; c'est tellement vrai encore,que quand le périnée est déchiré, le prolapsus s'ensuit presque fatalement. Et nous savons qu'en somme le prolapsus n'est qu'un temps plus avancé de la rétrodéviation ; pour que l'utérus s'abaisse dans le vagin, il faut nécessairement qu'il se soit placé dans l'axe du vagin et par conséquent qu'il soit en rétroposition ou en rétroversion préalable. Il est donc rationnel d'admettre qu'un périnée insuffisant permet et favorise le rétrodéviation, mais encore une fois ce n'est pas le cas de nos malades. Chez toutes celles que nous avons examinées, la

vulve était petite, les muscles périnéaux semblaient résistants et ce qui nous a bien démontré que le périnée ne pouvait être en cause, c'est qu'il n'y avait concurremment à la rétrodéviation, ni colpocèle antérieur ni postérieur,et on sait que l'équation : périnée insuffisant =colpocèle,n'est que trop exacte.

D'ailleurs, nos assertions sont corroborées par celles de Menuet (Thèse de Toulouse). Étudiant,lui, les prolapsus chez les vierges et les nullipares, il affirme d'une manière catégorique que chez toutes les malades dont il rapporte les observations, le plancher pelvien a toujours été trouvé intact.

La question qui se pose est donc la suivante : *une rétrodeviation mobile est-elle compatible avec un périnée suffisant?* — Oui,dirons-nous.

Le périnée est pour beaucoup certes dans la statique utérine, mais il est loin d'être tout. Il faut compter avec *les ligaments organes de suspension.* On a douté du rôle important des ligaments utérins ; on a même été jusqu'à leur refuser toute utilité. Tel n'est pas notre avis. La preuve la plus éclatante que nous puissions en donner, c'est que le prolapsus utérin lui-même est possible avec un périnée absolument intact,et, alors dit Menuet dans sa thèse : « C'est dans *la faiblesse de l'appareil suspenseur de l'utérus* et l'auteur veut parler ici des ligaments utéro-sacrés,qu'il faut chercher la cause véritable des prolapsus des vierges et des nullipares. C'est aussi l'opinion de Veit,de Courty,de de Sinety,

de Pichevin et Bonnet, de Polaillon,de West, Destrepowski, de Lapeyre et Reclus.

Eh bien ! ce qui est vrai pour le prolapsus, l'est *a fortiori* pour la rétrodéviation ; seulement, ce ne sont plus ici comme pour le prolapsus les ligaments utéro-sacrés qui sont en cause,mais ceux dont le rôle est de maintenir constamment la matrice en avant, nous voulons dire *les ligaments ronds*. Il est incontestable qu'ils ont une action efficace : leur structure anatomique l'indique suffisamment, ce sont des organes musculaires, doués par conséquent d'élasticité, de contractilité et de tonicité,capables de ramener l'utérus d'arrière en avant, quand la vessie par exemple l'a repoussé en arrière, et du fait qu'on les trouve souvent flasques et peu tendus chez le cadavre et parfois même chez le vivant ce n'est pas à dire pour cela, comme on a coutume de l'affirmer trop facilement, qu'ils n'ont aucun rôle actif. Il ne faut pas, à notre avis, les considérer comme des éléments inertes, comme deux cordes tendues dans l'excavation pelvienne, susceptibles seulement d'allongement, il faut voir en eux des organes *capables par eux-mêmes d'un effort* et c'est ce que l'on oublie trop souvent. Mais ces éléments efficaces de soutien n'entrent réellement en action qu'au cas de nécessité. En présence d'un utérus normal, normalement soutenu par tous ses autres moyens et normalement placé, leur rôle de maintien a certes besoin d'être faible ; mais que l'utérus ait tendance à s'incliner en arrière, ils peuvent entrer en jeu d'une façon efficace.

Cependant, objectera-t-on, il a été possible dans certains cas de couper les ligaments ronds sans que pour cela l'utérus s'infléchisse en arrière. Nous n'avons pu trouver la relation exacte de ces expériences, toujours est-il qu'il y a lieu d'admettre alors un véritable rôle de suppléance adopté par les autres éléments de suspension de la matrice et en particulier par les ligaments larges. Etpuis, il faut compter aussi sur les adhérences vésico-utérines, qui fixent l'utérus en avant, par l'intermédiaire de sa portion supra-vaginale.

Les ligaments ronds, d'ailleurs, ne sont pas tout dans le maintien de l'utérus en avant.

Il faut admettre aussi,et c'est très important, que par lui-même, du fait de la disposition même de ses fibres musculaires et de leur tonicité, l'utérus a une tendance à se maintenir dans sa position idéale,antéfléchie. On n'a pas assez insisté *sur la tonicité utérine*, cette force latente de la fibre lisse, force de ressort,qui est à son point mort,et qui est mise seulement en action dès qu'intervient une circonstance modifiant son équilibre.

Cette *tonicité* que nous admettons pour la fibre lisse utérine, il faut l'admettre aussi *pour toutes les fibres musculaires* constituant les organes de suspension et de soutien de l'utérus : fibres lisses des ligaments ronds, larges, utéro-sacrés ; fibres striées des muscles périnéaux et releveurs de l'anus. De cette façon seulement, nous expliquerons la pathogénie de la rétrodéviation utérine mobile, et nous en ferons

la résultante d'une faiblesse particulière de ligaments ronds surtout et aussi de tout le tissu pelvien. Nous aurons, comme le veut Doléris, cherché la clef de l'équilibre pelvien dans cette trilogie : ligaments, utérus, corps musculaire du bassin.

Ainsi présentée, la rétrodéviation mobile n'est donc le plus souvent qu'un épisode d'un processus général anatomo-pathologique, et qui est tout entier dans *l'insuffisance physiologique des tissus normaux* et particulièrement du tissu musculaire et fibreux des moyens d'attache de l'utérus, de son corps lui-même.

Nous avons eu l'occasion de voir beaucoup de malades atteintes de rétrodéviation mobile : plusieurs détails nous ont particulièrement frappé : ce sont de jeunes femmes, mais souvent leur visage est empreint d'une sénilité précoce ; les traits sont tirés, ridés, le teint est jaunâtre ; elles ont l'air languissant; tous les tissus sont flasques : quelques-unes parmi ces femmes sont maigres, d'autres grasses ; chez les premières les membres sont grêles, les muscles mous, sans consistance ; chez les secondes, ils sont surchargés de graisse aux dépens de l'élément musculaire. La paroi abdominale est lâche, la vulve est petite, mais les parois vaginales sont molles, les culs-de-sac sont larges ; l'utérus est mou, se laissant facilement déprimer par le doigt. Si on introduit dans le col un hystéromètre, l'orifice interne est facilement perméable : il manque de tonicité.

Il arrive parfois qu'on trouve un utérus dur,

petit, coudé en rétroflexion permanente, mais alors, il a subi une véritable dégénérescence scléreuse: dans un premier temps, en effet, les tissus se ramollissent, perdent leur tonicité et plus tard le processus de sclérose les envahit. Notre ami, Vazeux, a bien voulu nous communiquer à ce sujet le fruit de recherches personnelles qu'il fit dans le service du Dr Barnsby. Il a pu pratiquer des coupes dans les utérus et les ligaments ronds de quelques femmes atteintes de rétrodéviation mobile et qui avaient dû être hystérectomisées pour des raisons particulières. Il a constaté, dans l'utérus, une raréfaction de la fibre musculaire lisse, d'autant plus accentuée que la lésion était plus ancienne. Dans certaines coupes, l'élément musculaire avait presque totalement disparu pour laisser place à du tissu fibreux. Il a fait les mêmes remarques pour les ligaments ronds.

Il y a donc là une *véritable cause générale*, une véritable *diathèse* qui relâche les tissus et particulièrement le tissu utéro-pelvien, et c'est *la diathèse neuro-arthritique*. Souvent, dans les antécédents de ces malades, on trouve chez les ascendants, le rhumatisme chronique, la goutte, l'obésité, qui forment la souche arthritique; à la souche nerveuse appartient l'hystérie, la folie, le goître exophtalmique. Ces deux souches, la pathologie l'a démontré, se confondent souvent chez les descendants, se fusionnent. De la souche arthritique découlera en droite ligne ce *ralentissement spécial de la nutrition des tissus*, et par suite leur insuffisance physiologique ; de la souche

nerveuse, toutes les manifestations nerveuses que nous décrivions au chapitre précédent.

On comprendra facilement que chez ces malades, l'utérus ayant perdu sa consistance normale, mal soutenu peut-être par un périnée qui paraît intact, mais ne l'est pas peut-être, anatomiquement parlant, mal suspendu par des ligaments ronds qui vont pouvoir s'allonger indéfiniment, puisse se rétroverser ou se rétrofléchir sous certaines influences.

Et quelles sont ces influences? Énumérons-les rapidement. Inutile de les chercher dans la pathologie : la physiologie nous suffit amplement.

1° *Réplétion habituelle de la vessie.* — C'est cette cause qui, à notre avis, amorce toute rétrodéviation mobile. La vessie en se remplissant repousse l'utérus ; quand les ligaments ronds ont leur résistance et leur tonicité normales, ils ramènent, dès que la vessie se vide, la matrice à sa position antéversée ; mais s'ils sont insuffisants, l'utérus va peu à peu être déjeté en arrière et finir par y rester : il sera en *puissance de rétrodéviation.*

2° *Pression abdominale.* — C'est elle qui achèvera l'œuvre commencée par la vessie. Il est prouvé que sur un utérus en position normale, la pression abdominale porte peu. C'est grâce au type respiratoire costo-supérieur de la femme, qui diminue la nécessité du contrepoids fourni par la résistance de la masse abdominale, et grâce surtout à l'obliquité du bassin, qui est assez accentuée pour que l'axe vertical, qu'on peut considérer comme l'axe des résultantes de la pres-

sion, vienne porter très légèrement en arrière de la vessie et du corps de l'utérus. Mais, que l'utérus soit déjà en rétroposition, et son corps subira tout l'effet de la pression abdominale.

Deux choses alors sont possibles :

1° La flexion du corps sur le col, au niveau de l'isthme, point de résistance moindre du parenchyme utérin (et cela suppose un col bien maintenu par l'anneau vaginal et par les adhérenees utéro-vésicales);

2° La rétroversion complète de tout l'organe utérin, corps et col (et cela suppose une certaine résistance encore de la fibre musculaire utérine, au niveau de l'isthme, et, comme d'ailleurs dans le cas précédent, des ligaments ronds relâchés.

On a incriminé d'autres causes : on a parlé du poids de l'utérus dont le fond devenait plus lourd que le col ; des mariages prématurés, des excès de coït, de l'ampleur anormale du bassin, des attitudes gardées par les femmes, et en particulier du décubitus dorsal prolongé ; ainsi, Hugier a signalé la rétroversion utérine mobile chez 2 femmes que des fractures avaient retenues longtemps au lit ; Robert a rapporté 2 cas analogues, l'un chez une paraplégique, l'autre chez une typhique. C'est surtout la station debout prolongée, les efforts violents, les chutes sur le bassin qu'il faudrait faire intervenir dans l'étiologie de la rétrodéviation mobile. Mais en somme, toutes ces causes ne sont qu'accessoires et problématiques ; n'avons-nous pas

prouvé que la véritable cause était intrinsèque et résidait toute dans *la perte de la tonicité utéro-pelvienne.*

Jusqu'alors, nous avons éloigné soigneusement l'avortement et l'accouchement. Cependant quelques-unes parmi nos malades peuvent être primipares, voire même multipares.

Certes, la grossesse, chez une femme prédisposée à la laxité utéro-pelvienne du fait de la diathèse neuro-arthritique, ne fera qu'une chose : augmenter cette laxité. Mais la question importante est de savoir si par elle-même et en dehors de toute diathèse la grossesse est susceptible de la produire. C'est à notre avis incontestable pour les grossesses nombreuses, répétées à de courts intervalles et cela naturellement en dehors de toute infection. C'est peu probable pour une grossesse unique ; il faut dans ce ce cas-là une prédisposition toute spéciale.

Terminons par un mot sur les rétrodéviations congénitales. Jobert de Lamballe a attiré le premier l'attention sur elles. Elles sont très rares et doivent être considérées surtout comme des vices de conformation de l'utérus, comme un arrêt de développement du tissu utérin et non comme une modification.

CHAPITRE III

ÉTUDE CRITIQUE DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS DE TRAITEMENT APPORTÉS A LA RÉTRODÉVIATION UTÉRINE MOBILE

Maintenant que nous savons ce qu'est la rétrodéviation utérine mobile, nous allons rechercher quel peut être le meilleur traitement à lui opposer.

Nous ne dirons rien des pessaires ni du massage de l'utérus. Quelques auteurs en auraient retiré grand bénéfice, mais, à notre avis, ils ne sauraient constituer un traitement efficace; ils peuvent apporter quelque soulagement, mais non une guérison définitive.

Nous n'aurons donc en vue que les procédés purement chirurgicaux. Redresser un utérus rétrodévié semble au premier abord une chose très simple, mais quand on étudie de près la question, on est frappé par le nombre et la divergence des méthodes proposées. Retenons dès maintenant que nous avons affaire à des malades jeunes, susceptibles pour la plupart d'avoir des enfants, et le souci qui présidera au choix d'un procédé sera d'abord de savoir *quel sera*

la valeur du mode de fixation de l'utérus et ensuite, et surtout *que deviendra, dans cet utérus fixé, une grossesse ultérieure ?*

Trois grandes divisions s'offrent à nous :

1° *Les hystéropexies abdominales directes* qui accolent la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale (ventro-fixations) ;

2° *Les hystéropexies vaginales* qui suturent la face antérieure de l'utérus au vagin (vagino-fixations) ;

3° *Les ligamentopexies*, qui, pour fixer l'utérus en bonne position, s'adressent à ses ligaments.

* * *

Nous allons, dans ce chapitre, nous attacher d'abord à l'étude de l'hystéropexie abdominale directe.Nous en ferons une étude critique détaillée et basée sur les statistiques que nous avons pu recueillir. Nous l'apprécierons à sa juste valeur. Nous considérerons l'hystéropexie abdominale en elle-même, ne nous attardant pas à la description des trop nombreuses variantes qui lui ont été apportées : que le procédé en effet soit celui à sutures temporaires de Léopold, de Bold, de Goldschalck ; celui à suture perdues de Czerny-Terrier, de Tuffier, de Laroyenne, celui à sutures verticales de Zimmeister ou de Faucon, le résultat est toujours le même, mauvais, nous allons le voir.

Nous ferons ensuite l'étude critique de la vagino-

fixation, sans entrer non plus dans les questions de détails que nous ne tenons pas à aborder.

Après quoi, nous passerons à l'exposé des ligamentopexies dans une deuxième partie de notre chapitre.

ÉTUDE CRITIQUE DE L'HYSTÉROPEXIE (VENTRO-FIXATION)

Il faut, pourrait-on dire, dans tout procédé chirurgical, considérer la fin. Rien ne sourit au premier abord comme la fixation directe de l'utérus à la paroi abdominale antérieure. Cela serait parfait si l'utérus n'était pas un organe ayant, à l'état de vacuité, besoin d'une mobilité *relative*, et, à l'état de gestation, de toute la liberté possible pour évoluer. Immobiliser l'utérus, surtout chez une femme en pleine période d'activité génitale, c'est, à notre avis, un contre-sens, cette étude, que nous allons faire, ne sera qu'un long réquisitoire contre la ventro-fixation ; d'ailleurs, notre tâche sera des plus faciles et, quand on aura lu ce chapitre, on conclura nettement avec nous que la ventro-fixation est une opération dangereuse, à rejeter toujours et chez *toute femme pouvant devenir enceinte*.

C'est dans une communication du professeur Terrier faite en 1888, le 21 novembre, à la Société de Chirurgie, que l'on entend parler pour la première fois, en France, des résultats opératoires de ce pro-

cédé. A cette époque, il y avait déjà deux ans qu'était née la ventrofixation. C'est Olshausen qui le premier la tenta. Il en a rapporté la technique dans le *Centralblatt für Gynecologie*, et en fit la description à la cinquante-neuvième réunion des naturalistes allemands en 1886. Il donnait à son opération le nom *ventrofixur*, alors que vers la même époque Howard et A. Kelly la pratiquaient sous le nom d'*hystérorraphie antérieure*. Le professeur Terrier propose de l'appeler *laparohystérorraphie* ou *ventrofixation*.

Vers cette époque, tout un groupe de chirurgiens se jette sur l'hystéropexie, comme il arrive toujours chaque fois qu'un procédé nouveau entre en scène. Et voilà bientôt des divisions, des modifications du procédé primitif : les uns, comme Sänger et Olshausen lui-même passent leurs fils de fixation sur les bords utérins, en comprenant seulement le feuillet séreux ; d'autres, comme Léopold, Terrier, fixent l'utérus en pénétrant à même le tissu utérin du fond de l'organe ; d'autres enfin, comme Koeberlé, Klotz, Lawson-Tait, Pozzi, suspendent la matrice à la paroi abdominale par l'intermédiaire d'un pédicule ovarique.

Nous n'avons pas à étudier les résultats de la ventrofixation au point de vue des résultats du maintien de l'utérus en bonne position : ils peuvent être bons, quoiqu'on ait signalé dans la suite des récidives et des douleurs extrêmement vives au niveau des adhérences. Nous allons seulement nous borner

à rapporter ici les méfaits de la ventrofixation au point de vue des grossesses et d'accouchements consécutifs à cette intervention.

Nous poserons en principe que :

1° *L'hystéropexie abdominale, quelle qu'elle soit, provoque l'avortement et l'accouchement prématuré* ;

2° *Qu'elle amène des complications dans l'accouchement et crée une véritable dystocie du travail.*

Pour plus de clarté, dans l'exposé de ces deux points, nous les étudierons séparément, dissociant un peu de cette façon les statistiques, que nous avons pu recueillir.

Premier point

L'hystéropexie abdominale provoque l'avortement et l'accouchement prématuré.

C'est Kustner qui, en 1889, au Congrès de Gynécologie de Fribourg en Brisgau lança cette accusation contre l'hystéropexie. « L'hystéropexie, dit-il textuellement, pendant la période génitale doit être formellement repoussée, car à la suite de cette opération, l'avortement est inévitable. » Avant lui Canera, Olshausen, Sänger et Kelly s'étaient déjà préoccupés de la question. A cette époque, Gottschalk, dans le *Centralblatt für Gynecologie*, rapportait l'observation d'une femme opérée par lui, en 1889, d'hystéropexie pour rétrodéviation ; devenue enceinte en décembre 1890, cette femme avortait au troisième mois, après avoir fait plusieurs hémorragies

importantes. On dut vider l'utérus par curage digital et on sentit nettement la paroi postérieure très amincie et beaucoup plus que de coutume. En 1891, dans le *Centralblatt für Gynecologie,* Sänger apportait des chiffres intéressants : sur 10 ventrofixations qu'il avait pratiquées depuis plusieurs années, il avait relevé chez ses opérées 21 grossesses. Sur ces 21 grossesses, 12 avaient été à terme, une avait été interrompue au huitième mois, et l'on avait extrait un enfant vivant; une s'était terminée au septième mois par l'extraction d'un enfant mort et macéré, ayant les dimensions d'un fœtus de trois mois. Il y avait eu 2 avortements, un au troisième mois et un autre au cinquième mois. Enfin, restent 4 grossesses qui n'ont pas été suivies et dont il ignorait à cette époque les résultats.

Henricius, sur 122 grossesses observées après ventrofixation, en cite 17 interrompues avant terme dont 14 avortements.

Von Weniwarter, sur 3 grossesses observées, rapporte un seul accouchement à terme, et 2 prématurés à sept mois et à sept mois et demi.

Labusquière, dans les *Annales de Gynécologie* de 1891, sur 14 grossesses observées après ventrofixation, cite 2 fausses couches au troisième mois et au quatrième mois, et 2 accouchements prématurés au septième mois.

Sperling(dans la *Deutsche medical Wochenschrift*) sur 10 grossesses, cite 2 avortements.

Laroyenne (de Bordeaux) cite 2 avortements à

la suite d'hystéropexie, le premier, chez une femme opérée le 27 mars 1891 et qui avorta au deuxième mois, un an après ; le second, chez une femme opérée le 23 juin 1893, devenue enceinte en janvier 1894 et qui fait une fausse couche le 12 février, laquelle s'accompagne d'une très abondante hémorragie.

Schacht, cite un cas d'avortement survenu chez une femme, Mme M..., opérée le 3 juillet 1891 et devenue enceinte quatre ans après.

Dans le *Centralblatt für Gynecologie* de 1891, Jacobs rapporte l'observation d'une femme de vingt-huit ans, opérée le 10 novembre 1889. Cette malade fait à la suite coup sur coup 2 avortements. Goltschalk dilacère alors manuellement les adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale, et cette femme mène à terme une troisième grossesse.

Munde sur 2 grossesses cite un avortement au cinquième mois.

Dickinson, sur 4 grossesses cite un avortement.

Kustner, sur 98 grossesses cite 15 avortements.

Noble, sur 231 cas de grossesses, observées après 808 opérations de ventrofixation faites en Amérique relève 23 avortements, soit une proportion de 7 o/o.

Mayo-Robson (*Brit. Gyn. Society*, 1896), cite un cas d'avortement après une ventrofixation effectuée par lui.

Schwartz, au Congrès de Gynécologie de 1900 apporte ses statistiques ; sur 63 cas d'hystéropexies

pratiquées par lui, 9 femmes sont devenues enceintes dans la suite et 2 ont avorté.

Richelot, à la même séance, accuse sur 21 observations de grossesses après hystéropexie un accouchement prématuré au septième mois, chez une femme âgée de trente-quatre ans ; un avortement en 1900 chez une femme opérée en 1894, par Guinard ; une fausse couche de deux mois chez une malade opérée en 1898.

Au Congrès d'Édimbourg du 28 juillet 1898, Lapthorn-Schmith à la suite de 3 ventrofixations, avait observé chez ses malades 5 cas de grossesses, dont 2 terminées, l'une par un avortement, l'autre par un accouchement prématuré, avec enfant mort.

Queirel (de Marseille), en 1904, sur 5 observations de grossesses, rapporte 3 avortements, 1 au deuxième mois, un autre au troisième mois et un dernier au sixième mois.

Dans un travail récent, Demelin, sur un total de 112 grossesses observées relevait 20 interruptions de grossesses dont 14 avortements et 6 accouchements prématurés.

Voilà rapporté un ensemble de faits (102 cas) suffisamment édifiant par lui-même. Il ne nous sera pas bien difficile après cela de rejeter d'une façon définitive cette conclusion de Panas (Thèse de Paris) : *L'hystéropexie a peu de chances de produire l'avortement.*

Deuxième point

L'hystéropexie amène des complications dans l'accouchement et crée une véritable dystocie du travail. Elle influe sur la présentation fœtale, prédispose aux présentations transverses et amène des complications dans la délivrance.

Ici, notre tâche est facile. Les exemples vont abonder dans la littérature médicale. Nous les avons scrupuleusement réunis. Leur ensemble prouvera surabondamment l'exactitude de notre deuxième point.

Léopold, dès 1889, rapporte le premier 1 cas d'accouchement dystocique, terminé par une application de forceps sur un fœtus de neuf mois à peu près, chez une femme hystéropexiée en 1887.

Sänger, en 1890, cite 2 observations : une femme opérée d'hystéropexie, devient enceinte, mène sa grossesse à terme, mais au moment de l'accouchement, le manque de contractions nécessite l'application de forceps, l'enfant était mort ; une femme opérée le 26 décembre 1887, après un accouchement prématuré au sixième mois, devient enceinte pour la seconde fois en avril 1890 ; cette grossesse arrive à terme mais inertie utérine complète, version podalique, extraction d'un fœtus mort.

Voici une autre observation d'Olshausen non moins intéressante : il s'agit d'une femme de vingt-

deux ans ; hystéropexiée après une troisième grossesse, elle devient enceinte à nouveau quelque temps après et mène sa grossesse à terme sans autre incident que des hémorragies assez sérieuses vers le quatrième mois. A l'accouchement, on constate une présentation de l'épaule, et on doit pour extraire l'enfant faire une version podalique. La tête fœtale était très élevée et la paroi cervicale antérieure tellement épaissie, qu'elle jouait, pour ainsi dire dans le cas présent le rôle d'un fibrome *præ via* et s'opposait à la progression de la tête.

Dans une autre observation rapportée par Milander c'est une femme de quarante-deux ans hystéropexiée par Küstner le 19 mars 1893. Elle devient enceinte en 1894, arrive au terme de sa grossesse. L'accouchement est très laborieux ; la dilatation ne se fait pas. On essaye d'abord l'introduction d'un ballon de Charpetier de Ribes dans la cavité cervicale, puis on a finalement recours à la dilatation bi-manuelle et à la version podalique.

Strassmann, cite, en 1894, un cas d'accouchement artificiel au forceps chez une femme de trente-six ans et dans une observation consignée dans la thèse de Panas, il est question d'une femme opérée par Guinard en 1894, devenue enceinte en 1895 et accouchant en 1896. L'inertie lors du travail fut presque complète, le col était très élevé et on termina par un forceps.

Dans une autre observation de Panas, il s'agit d'une femme hystéropexiée en 1895, par Routier qui

accoucha normalement en 1896, mais fit une très abondante hémorragie lors de la délivrance.

Flaischen, après 12 ventrofixations a observé 2 grossesses, dont l'une s'est compliquée d'une présentation transversale : le travail fut long et pénible et on dut recourir à une version pour extraire un fœtus mort.

Von Guérard, dans le *Centralblatt für Gynecologie* a observé, dit-il, le cas suivant : « Femme opérée en 1891, le 21 janvier 1896, il est appelé auprès de cette malade ; qui est en travail : les douleurs ont commencé depuis vingt heures ; et la poche des eaux est rompue depuis dix-sept heures. Il termine l'accouchement par une application de forceps, mais la délivrance s'accompagne d'une hémorragie extrêmement abondante, qui résiste même au tamponnement. L'auteur est obligé de faire une laparotomie hâtive et de rompre les adhérences utéro-pariétales, après quoi l'hémorragie s'arrête.

En 1895, Lepage, à la Maternité Baudeloque, avait dû pratiquer une basiotrypsie pour extraire un fœtus chez une femme hystéropexiée auparavant.

Chez une opérée de Grisstéde, l'accouchement fut des plus longs et des plus laborieux.

Voici aussi quelques exemples frappants rapportés par Guinard et Schwartz.

Obs. I (Guinard). — M^me^ X..., trente-quatre ans.

A eu 2 grossesses normales.

Devient enceinte pour la troisième fois en mars 1899.

Au troisième mois de cette grossesse, rétroflexion utérine avec phénomènes graves d'incarcération qui nécessitent le 9 mai une ventrofixation, laquelle amène une amélioration notable.

Accouchement le 14 novembre 1899.

Présentation du siège. Extraction par la manœuvre de Moriceau. Enfant mort. Délivrance artificielle. Hémorragie par manque d'involution utérine

Obs. II (Guinard). — Mme R...

Hystéropexie le 22 janvier 1894.

Janvier 1896. — Premier accouchement.

Présentation du siège. Travail pénible, application de forceps.

24 décembre 1899. — Deuxième accouchement.

Présentation du sommet. Accouchement long et pénible.

24 décembre 1898.— Troisième accouchement ; absence de présentation ; on tente vainement une version et on termine par une application très haute de forceps.

Obs. III (Schwartz). — Mme C..., vingt et un ans.

Hystéropexie le 20 avril 1892.

Avril 1903. — Accouchement particulièrement long et pénible.

Obs. IV (Schwartz). — F... Andrée, vingt-huit ans.

Hystéropexie le 9 avril 1895.

Accouchement en avril 1898; travail long et pénible : présentation de l'épaule. Version podalique.

Obs. V (Schwartz). — B..., vingt ans.

Hystéropexie le 12 mai 1896.

Novembre 1899. — Accouchement. « Il n'y eut, dit Pinard, qui surveilla cette malade pendant sa grossesse et qui l'accoucha, aucune espèce d'accommodation pelvienne pendant la grossesse et on fut obligé de surveiller attentivement la présentation et de maintenir la tête qui resta très élevée jusqu'à la période d'expulsion au-dessus du détroit supérieur.

Obs. VI (Schwartz). — D..., vingt-huit ans.

Hystéropexie le 13 juin 1893.

Accouchement le 18 juillet 1899.

Dilatation bimanuelle : version podalique.

Avant son opération cette malade avait eu cependant deux accouchements normaux.

En résumé, pour Schwartz, 4 cas de dystocie pour 42 opérées.

C'est en 1899 que le professeur Pinard accuse à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, l'hystéropexie de devenir souvent le cause de présentations vicieuses. Sur 6 grossesses après ventrofixation il cite 2 sommets, 1 siège, et 3 épaules.

Legueu à la Société d'Obstétrique et Gynécologie du 22 janvier 1901, rapporte chez ses opérées 3 grossesses ayant évolué jusqu'à terme : une seule femme eut un accouchement régulier : chez la deuxième il y eut un travail très prolongé et une inertie telle qu'on dut appliquer le forceps, et chez a troisième l'enfant se présenta par l'épaule.

Brothead, en 1901, à la New-York Society, cite un cas de rupture utérine au cours d'un accouchement, chez une femme précédemment hystéropexiée. Deux autres cas semblables furent d'ailleurs, cette année-là, communiqués à la même société.

Demelin, dans sa statisque, étudiant l'influence de l'hystéropexie sur la présentation fœtale compte sur 94 accouchements : 90 sommets, 3 épaules et 2 sièges.

Queirel, sur 5 cas d'hystéropexies suivies de grossesses cite 3 dystocies. Ses observations sont particulièrement intéressantes et méritent d'être résumées.

Obs. I (Queirel). — Femme III-pare. Enfants vivants. Hystéropexie après la troisième grossesse.

Quatrième grossesse un an après ; présentation du siège; enfant mort pendant le travail.

Cinquième grossesse : avortement au troisième mois.

Sixième grossesse : travail très long ; col très haut, dévié vers la symphyse sacro-iliaque gauche et situé au-dessus du détroit supérieur.

L'utérus fixé à la paroi abdominale antérieure est tordu sur lui-même. Dilatation lente en forme de croissant. Tentative de version infructueuse, puis, enfin expulsion spontanée d'un fœtus en présentation du sommet.

Obs. II (Queirel). Femme V-pare. Cinq sommets normaux. Hystéropexie après la cinquième grossesse.

Ensuite : un avortement au troisième mois ; un accouchement à terme, dit-elle (?)

Huitième grossesse : épaule droite. Version par manœuvres externes : correction en sommet.

Obs. III (Queyrel). — Femme III-pare.

Hystéropexiée à Pise.

Dix mois après : accouchement ; siège complet.

Grossesse actuelle : gémellaire.

Deux épaules, deux versions par manœuvres internes ; deux fœtus vivants : col particulièremeut haut.

Parfois, il arrive que la dystocie est telle que l'accouchement est rendu impossible par les voies naturelles, et on a dû recourir à l'opération césarienne. Telle l'observation de Poltowictz qui, sur 20 ventrofixations pratiquées par lui a vu survenir dans la suite trois grossesses, dont une a nécessité l'hystérotomie : celle d'Abel (*Bulletin médical*) qui fit la césarienne de Porro ; celle de Goubaroff (*Sem. médicale*, 9 juin), femme de vingt-trois ans hystéropexiée en 1891 : en 1895, après trois jours de travail, sans aucune dilatation, on fait la césarienne ; celle de Noble (femme de trente-sept ans opérée en septembre 1895, accouchement en janvier 1896 : après vingt-quatre heures de travail, col non dilaté, situé très en arrière ; opération de Porro, mort ; celle de Dickinson ; celles de Morill (1901), de Pinard (1901), de Brodhead, de Muller, de Schritte.

A la Société américaine de Gynécologie de New-York, de mai 1908, le Dr E.-B. Cragin avait eu l'occasion d'observer 10 femmes dont l'utérus avait été précédemment fixé par divers chirurgiens et qui ont dû subir la césarienne.

Ajoutons à cela les hémorragies graves de la déli-

vrance observées par Noble, Sperling, Lindfors, etc., et nous aurons le bilan de l'hystéropexie.

Veut-on maintenant à côté de ces chiffres et de ces observations quelques avis ? C'est le chirurgien polonais Czleslas Stankiewitz qui dit : « Les indications de l'hystéropexie abdominale me paraissent très limitées, surtout à cause des complications graves pendant la grossesse et les accouchements ultérieurs. » C'est Hartmann (Congrès de Gynécologie de Paris, 1900) : « Je rejette l'hystéropexie parce qu'elle crée *une adhérence pathologique*. » C'est Roncaglia de Bologne (*Annali d'obstetrica*) : « La ventrofixation provoque des fausses couches et est une entrave très sérieuse à l'accouchement. » C'est le professeur Recasens de Madrid qui nous écrit : « Il y a longtemps que je ne pratique plus la ventrofixation ; c'est une opération que je considère comme nuisible. » C'est Goulard de Liége : « L'avortement doit être la conséquence de l'hystéropexie. »

Nous savons qu'il existe depuis quelques années une nouvelle méthode d'hystéropexie, dite hystéropexie isthmique. Si nous en croyons le mémoire de Delbet et Caraven qui en sont les promoteurs (1908) les résultats obstétricaux seraient meilleurs que dans les procédés qui fixent le fond de l'utérus. Notre ami et ancien condisciple d'internat, le Dr Menuet, de Tours, a publié en 1908 sur ce sujet sa thèse inaugurale. Il a étudié ces résultats et est arrivé à des conclusions satisfaisantes. Nous n'avons pas à étudier les résultats de l'hystéropexie isthmique. C'est une excellente

méthode, peut-être, dans le traitement des prolapsus, et qui fera ses preuves, mais qui ne peut être d'aucune utilité dans le traitement de la rétrodéviation, où il faut agir sur le fond de l'utérus.

Il ressort de toute cette étude :

I. — *Que l'hysteropexie dans le traitement de la rétrodéviation est une mauvaise intervention au point de vue des résultats éloignés.*

II. — *Qu'elle provoque l'avortement.*

III. — *Qu'elle gêne l'accommodation fœtale et par conséquent prédispose aux présentations vicieuses.*

IV. — *Qu'elle empêche l'engagement, grâce à la paroi utérine antérieure, qui s'hypertrophie et joue le rôle de fibrome* præ via.

V. — *Qu'elle amène l'inertie et nécessite souvent l'application de forceps ou la version.*

VI. — *Qu'elle crée une indication nouvelle de l'opération césarienne.*

VII. — *Qu'elle prédispose aux hémorragies de la délivrance.*

IX. — *Qu'elle peut être cause d'infection puerpérale par rétention des lochies à l'intérieur de l'utérus, toujours coudé par la fixation elle-même.* (*Cas de Doléris.*)

ÉTUDE CRITIQUE DE LA VAGINO-FIXATION

C'est Amussat et Richelot père, qui, les premiers, vers 1850, eurent l'idée de corriger par une opération sur le vagin la rétrodéviation de l'utérus. Sous le nom de trachélopexie, ils créaient par cautérisation au thermocautère du tissu cicatriciel à la face antérieure de la portion cervicale du col et produisaient une soudure utéro-vaginale.

Bossi et Swiecicki tentèrent sans beaucoup de succès une intervention analogue. Ce n'est qu'en 1886, que Von Rabenau eut l'idée d'ouvrir le cul-de-sac antérieur du vagin ; il dédoublait la cloison vésico-vaginale, amputait la lèvre antérieure du col et suturait la tranche utérine à la tranche vaginale. Des procédés semblables furent employés à la même époque par Smidt, Nicolétis, Pryor.

En 1888, Schücking préconisa un procédé de fixation de l'utérus consistant à introduire une aiguille munie d'un fil solidejusqu'au fond de cet organe, à perforer le plus haut possible sa paroi antérieure, ainsi que le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, laissé cependant intact, et la paroi vaginale, et à nouer les deux chefs du fil de facon à obtenir le redressement de l'utérus par adhérence des deux feuillets de la séreuse. Zweifel ajoutait au procédé de Schücking le décollement préalable de la vessie, après incision du cul-de-sac vaginal antérieur, avec le thermocautère.

Ce procédé, un peu moins aveugle que celui de Schücking, exposait peut-être moins à la blessure de la vessie, mais une piqûre de l'intestin était toujours possible. En plus, comme le disait Richelot, dans une communication faite à la Société de Chirurgie, le 11 décembre 1889, on a peine à croire qu'un seul fil de soie laissé en place, même six semaines, assure suffisamment la nouvelle situation de l'utérus.

Sänger a repris théoriquement l'idée de Schücking, mais son procédé opératoire de suture du fond de l'utérus au cul-de-sac vaginal antérieur qu'il a proposé serait différent : ouverture transversale du cul-de-sac antérieur du vagin et cette fois, *du cul-de-sac antérieur du péritoine* en arrière de la vessie, suture du corps de l'utérus au vagin avec des fils d'argent, puis réunion de la plaie vaginale selon une ligne verticale de façon à allonger la paroi antérieure de ce canal et à permettre au col de se porter en arrière.

Tous ces procédés furent rapidement abandonnés, quoique Zweifel eut publié 7 succès sur 7 opérations, et un peu plus tard 84 succès sur 88 interventions !

A l'heure actuelle, il reste seulement les procédés de Dürrsen (1892) et de Mackenroth (1894). Nous n'avons pas le loisir de décrire ici ces méthodes opératoires. Notre rôle est seulement de les apprécier d'après les résultats qu'elles ont pu donner.

I. — *La vagino-fixation de Dürrsen et de Mackenroth est la plupart du temps insuffisante à maintenir la rétrodéviation.*

On ne peut,en effet, songer d'une façon rationnelle à fixer l'utérus au vagin. A supposer que la rétrodéviation soit corrigée, elle ne peut l'être que temporairement. Le vagin en effet est toujours susceptible de s'allonger et incapable de transmettre longtemps une traction suffisante. Dans les cas de rétrodéviations mobiles, particulièrement chez les femmes neuro-arthritiques que nous avons présentées au chapitre précédent, la suture de l'utérus au vagin serait des plus mauvaises. Nous avons vu, en effet, que chez ces malades,le vagin était le plus souvent flasque, que les culs-de-sac étaient larges et extensibles et par conséquent, dans ces conditions,la vagino-fixation ne saurait rien maintenir du tout. Et puis, le vagin par lui-même n'est pas un organe « fixe », il est,selon une expression de Forgue,comme une toile tendue au-dessus du périnée et soutenue par lui. Si le périnée est, du fait de sa constitution anatomique même, tant soit peu insuffisant, la vagino-fixation devient illusoire.

La plupart des opérateurs ont constaté des récidives presque immédiates.

Winter, sur 14 cas, a constaté 14 récidives presque immédiates. Il est vrai qu'à cette statistique de Winter, Mackenroth répondait en disant que son procédé avait été mal compris et mal appliqué, et que lui-même avait eu sur 12 vagino-fixations 9 succès et 3 demi-succès.

Buschbech, sur 12 cas, a noté 5 insuccès ; Olshausen, 11 récidives sur 51 opérations, Knorre sur

13 opérées 9 récidives; Wertheim, sur 7 opérées 7 récidives. Wertheim (dans une seconde statistique), sur 9 opérées, 3 récidives immédiates, Küstner, sur 81 cas, revit au bout d'un an 20 opérées et constata 7 récidives.

Pestalozza, au Congrès de Médecine de Rouen, en 1844, dit que si le résultat immédiat est quelquefois bon, le résultat éloigné n'est pas sûr du tout. En effet, la rétroflexion se reproduit quelques mois après dans la presque totalité des cas.

L'auteur avait fait 8 fois la vagino-fixation pour rétroflexion mobile sans adhérences, ni lésions annexielles, et chaque fois il avait constaté une récidive rapide. « Je crois, dit-il, que les échecs sont dus non pas au matériel plus ou moins défectueux, ni aux procédés opératoires, mais *au caractère anatomique des tissus mis en contact.* En résumé, je pense que les indications de la vagino-fixation doivent être très restreintes et que ce procédé n'a qu'une valeur transitoire analogue à celle du pessaire ».

II.— *La vagino-fixation est inférieure à la ventro-fixation en ce sens qu'elle ne permet pas d'opérer à ciel ouvert, de voir et de traiter les lésions utérines ou péri-utérines (ovaires scléro-kystiques si fréquents dans les cas de rétrodéviation mobile).*

III. — *La vagino-fixation peut déterminer des troubles de la miction et des sensations douloureuses.*

(Congrès de Rouen, avril 1904).

Ces deux derniers reproches, sur lesquels nous n'insistons pas, ne sont rien en comparaison de cet argument, le plus sérieux qui a pu être invoqué.

IV. — *Le vagino-fixation :*

a) *Crée l'avortement ;*

b) *Crée la dystocie dans l'accouchement.*

a) La vagino-fixation, opération nouvelle, est-il dit au Congrès de Gynécologie de Genève, en 1896, est déjà enterrée. De l'avis de tout le monde, c'est un mode opératoire qui conduit à peu près fatalement à l'avortement, la fixation vaginale de l'utérus atteignant profondément les fonctions normales de l'organe.

Au même Congrès, Küstner rapportait pour 41 grossesses après vagino-fixation, 17 avortements; Dürrsen, sur 24 grossesses, constate 6 avortements; Weberstedt (à la Clinique de Gusserow), sur 24 grossesses, 6 avortements; Stassmann rapporte une moyenne de 27 o/o d'avortements; Demelin une moyenne de 22 o/o.

b) *La vagino-fixation est fonction de dystocie*

Küstner, sur 41 grossesses, dont 23 seulement allèrent à terme, note 6 interventions opératoires, avec mort de 2 enfants; Rieck, sur 20 accouchements, 6 dystocies (1 perforation, 3 versions, 1 forceps après incision du col, 1 césarienne et 4 enfants morts).

En 1895, Velde (de Berlin) signale 1 cas de rup-

ture utérine, chez une femme de trente-huit ans, arrivée au terme de sa grossesse.

Demelin, en 1896, sur 76 grossesses observées après vagino-fixation, a noté 6 présentations de l'épaule, pour lesquelles on dut recourir à la version podalique, 4 procidences du cordon et 3 fois l'accouchement fut impossible par les voies naturelles : on pratiqua la section césarienne.

Stassmann rapporte 2 cas où il fallut recourir à la version par manœuvres internes, et l'accouchement s'accompagna d'hémorragie très grave. Dans une autre observation signalée par cet auteur, on dut pratiquer l'opération de Porro ; la malade mourut à la suite d'une hémorragie intra-péritonéale provoquée par une déchirure vaginale.

De Græfe rapporte 1 cas de césarienne ; Wertheim 1 cas de version particulièrement pénible pour présentation de l'épaule et Kühl (*Centralblatt für Gynecologie*) après 235 vagino-fixations observa 12 grossesses : dans 3 cas, version très difficile et dans 2 cas on dut pratiquer l'incision de la cicatrice vaginale et la basiotrypsie consécutive.

Coelho (de Lisbonne) a noté 2 cas de dystocie, dont un mortel.

De 1895 à 1903, Oui a pu recueillir 11 cas publiés de section césarienne nécessitée par une vagino-fixation antérieure.

Voici rapportée 1 observation de Mathes, suffisamment suggestive :

Malade III-pare, vagino-fixation en 1893 pour rétroflexion mobile de l'utérus.

Dans les premières heures du travail, tension de la paroi antérieure du vagin, qui à chaque contraction est tirée en haut.

A la sixième heure, on place dans le col un ballon de Champetier de Ribes.

A la vingtième heure, on constate une tension énorme de la cloison vaginale antérieure, le col est très haut placé et à peine dilaté. Il est à peine accessible au toucher vaginal.

On recourt à la césarienne avec hystérectomie totale. Suites favorables pour la mère et l'enfant.

D'ailleurs, la statistique même de Dürrsen, publiée en 1903, n'est pas non plus exempte d'insuccès opératoires. Sur 72 opérées devenues enceintes, il signale 2 cas de dystocie par rigidité du col, une lenteur exagérée du travail chez 5 malades, une céphalotrypsie, une procidence du cordon, et un placenta prævia.

LES LIGAMENTOPEXIES

Classification des ligamentopexies

I.—Les ligaments choisis sont les ligaments ronds. — l'intervention est :

- Extrapéritonéale : Procédé d'Alquié, Alexander-Adams.
- Intrapéritonéale après laparotomie.

1er GROUPE	2e GROUPE
Les ligaments sont raccourcis, mais non fixés à la paroi.	*Les ligaments sont raccourcis et fixés à la paroi.*
a) Par plicature simple : Procédé de Wylie. — de Ruggi. — de Bode. — de Matthew D. Mann.	Procédé de Doléris. — de Beck. — de Spinelli.
b) Par plicature et soudure des deux ligaments : Procédé de Polk.	
c) Par soudure à l'utérus : Procédé de Dudley.	
d) Ligamentopexie sous tubo-ovarienne de Dartigues et Caraven.	

Intrapéritonéale après colpotomie antérieure
(Vagino-fixation indirecte)

	1er GROUPE *Les ligaments sont raccourcis après colpotomie et non fixés au vagin.* Procédé de Wertheim. de Schauta.	2e GROUPE *Les ligaments sont raccourcis après colpotomie et fixés dans la plaie vaginale.* Procédé de Godinot. — de Bode.
2° Les ligaments choisis sont les ligaments larges. (Raccourcissement de ces ligaments qui brident alors latéralement l'utérus.)	Procédé de von Winniwarter. — de Byford. — de Frainpont.	Après laparotomie.
	Procédé de Kochs (de Berne).	Après colpotomie antérieure.
3° Les ligaments choisis sont les ligaments utéro-sacrés. (Raccourcissement).	Procédé de Kelly. — de Frummel.	Après laparotomie.
	Procédé de Goltschalck.	Après colpotomie antérieure.

Nous n'avons pas le loisir de nous attarder à la description de tous ces procédés. Beaucoup d'entre eux sont des plus ingénieux, mais souvent d'une complication qui rend leur exécution longue et laborieuse, sinon dangereuse.

Les plus rationnels, les plus physiologiques, sont ceux qui redressent l'utérus par l'intermédiaire des ligaments ronds. Et les deux plus simples parmi ceux-là sont les procédés d'Alquié-Alexander-Adams et de Doléris. Nous les étudierons seuls.

ÉTUDE CRITIQUE DU PROCÉDÉ D'ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS

Le procédé d'Alquié-Alexander-Adams fut au début très décrié, tant en France qu'en Allemagne et en Angleterre, mais il eut dans la suite une certaine vogue, qui persiste encore d'ailleurs aujourd'hui auprès de certains chirurgiens.

Il faut accorder à cette intervention deux choses :

1° C'est une opération essentiellement *physiologique*, en ce sens qu'elle redresse l'utérus par l'intermédiaire de ses ligaments ronds, et par conséquent lui laisse dans la suite toute liberté pour évoluer ;

2° C'est une opération *bénigne*, et dont l'exécution devait sourire à nombre de chirugiens à une époque encore peu éloignée de la nôtre, où l'ouverture du ventre était si souvent suivie de désastres.

Les statistiques que nous avons pu réunir nous ont facilement convaincu de cette bénignité. W. Gardner a rapporté 20 observations personnelles sans aucun décès ; F.-B. Harrington, sur 140 cas, relève 1 décès ; Krœnig, sur 180 cas, 2 décès ; Peters, sur 40 cas 1 décès ; ni Stocker, ni Mundé, ni Rumpf, ni Schultz, ni Roux (de Lausanne), ni Küstner, ni de Monchy, ni Coldspohn, ni Doléris, ni Trélat, ni Terrillon, ni Schwartz, n'ont observé de décès sur une série de cas très nombreux.

Donc, au point de vue des résultats immédiats, c'est une opération parfaite. On se demande en effet d'où pourrait venir le danger dans une opération

où seules la peau et une aponévrose sont intéressées.

L'important pour nous n'est pas de nous attarder sur les résultats immédiats, qui fatalement doivent être bons entre les mains d'un chirurgien digne de ce nom ; c'est de nous rendre compte d'une façon aussi exacte que possible des résultats éloignés de cette intervention.

Faisons observer, avant toute chose, que nous n'avons attaché d'importance qu'aux statistiques rapportant des observations dans lesquelles l'Alexander avait été employé dans le traitement de la rétrodéviation mobile seule. Ce n'est que là, en effet, que cette méthode peut rendre des services, comme le faisait déjà remarquer dès 1889, au Congrès de Paris, le Professeur Bouilly. On comprend mal, en effet, l'Alexander dans des cas où l'utérus est immobilisé par des adhérences que seule la laparotomie peut détruire.

Il en est de l'Alexander, comme de toutes les méthodes chirurgicales. Beaucoup de chirurgiens l'ont employée et à côté d'éloges enthousiastes on rencontre d'amères désillusions.

Voici quelques chiffres :

1889, Schwartz	10	10	7	3
1895, Stocker	32	27	24	3
1897, Calmann	32	32	30	2
1897, Buschbeck	8	5	3	2
1898, Wahl.....	10	10	10	0
1899, Schultz	80	52	51	1
1899, Rumpf	75	53	53	0
1899, Kœtschau	23	23	18	5

1899,	Raconglia.....	58	44	44	0
1899,	Lapthorn-Smith..	89	89	88	1
1900,	Grusdew.....	41	41	39	2
1900,	Casati.....	43	43	43	0
1900,	Heinrich.....	27	20	14	6
1901,	Roux.....	38	21	17	4
1901,	Gradenwitz.....	66	46	39	7
1904,	Riefferschied.....	34			3
1908,	Recasens.....	83			13
	Krœnig.....	18	18	15	3

Voilà déjà quelques chiffres intéressants; ils montrent que l'Alexander est une opération souvent utile, aux résultats éloignés souvent heureux ; mais remarquons cependant dès maintenant, que chaque auteur, ou à peu près, accuse des insuccès. De plus, toutes les malades n'ont pas été revues et comme le fait remarquer le professeur Pozzi qui consigne la plupartde ces chiffres dans son *Traité de Gynécologie*, pour que ces statistiques aient une réelle valeur, il faudrait que les malades aient été suivies pendant longtemps, ce qui n'a pas été fait.

A côté de ces chiffres, nous avons pu recueillir des avis sur l'Alexander. Au Congrès de Genève de 1896, Küstner, Polk, O. Petit et Doléris se montrent assez satisfaits de ce procédé. A la réunion de la Société allemande de Gynécologie tenue à Leipzig en 1897, Veit et Croback le préfèrent à tous les autres. La thèse de Figuiera, parue à Paris en 1903 n'est qu'un long éloge de l'Alexander. Potherat, au Congrès de Chirurgie de Nantes en 1905 est d'avis que c'est une bonne opération dans beaucoup de cas.

Parmi les opinions que nous avons pu recueillir personnellement en nous adressant aux différents maîtres de la gynécologie, citons notamment celle du professeur Müller de Berne qui pratique encore souvent et avec succès l'Alexander. Citons également celle du professeur Pozzi qui dans les cas de rétrodéviation mobile simple pratique actuellement très souvent cette méthode. Mais voici la contre-partie : dès 1889 au Congrès de Chirurgie de Paris, l'Alexander subit des attaques sérieuses. A la séance du 30 mars, Lucas-Championnière se montrait peu satisfait des résultats éloignés de cette intervention et Quénu citait le cas d'une malade opérée par lui en 1888 sans aucun résultat. Richelot disait n'avoir jamais rien obtenu avec l'Alquié-Alexander, et Segond apportait déjà des chiffres intéressants : en 1887 il avait pratiqué deux fois l'Alexander pour rétrodéviation mobile, une première fois sur une femme de vingt-deux ans, une deuxième fois sur une femme de vingt-cinq ans, sans un résultat. En 1888 il avait fait quatre fois cette opération sans succès également et conclut que « sauf exception, l'opération d'Alquié donne de très médiocres résultats ».

A la séance de la Société de Chirurgie du 27 mars 1889, le professeur Richelot rapportait aussi des insuccès. Il avait opéré deux femmes, une de trente-sept ans et une de quarante-cinq, et la rétrodéviation s'était rapidement reproduite,

Terrier à cette date n'avait pas pratiqué l'Alexander, mais il pensait à la médiocrité de cette inter-

vention au point de vue des résultats ultérieurs.

En 1896 au Congrès de Gynécologie de Genève, P. Reynier trouve l'Alexander insuffisant. En 1897 Wertheim fait la même remarque et en 1899 le professeur Pinard à la Société de Chirurgie accuse l'Alexander de prédisposer aux présentations de l'épaule !

En 1905, Richelot avait complètement abandonné l'Alquié pour utiliser exclusivement l'inclusion pariétale des ligaments ronds, Montprofit (d'Angers) et Walther adoptaient la même ligne de conduite.

La même année, à la Société de Chirurgie lyonnaise, Condamin et Gouillioud condamnaient nettement l'Alexander qu'ils qualifiaient d'opération inutile et insuffisante, incapable de donner un résultat durable.

Dans une lettre qu'il a bien voulu nous adresser, le professeur Frainpont, de Liége, déclare : « Depuis une quinzaine d'années j'ai pratiqué un certain nombre d'opérations d'Alexander, mais je n'ai pas publié les résultats qui m'ont paru peu intéressants et peu encourageants. »

Le professeur Freund de Strasbourg nous écrit : « L'Alexander-Adams produit souvent des rechutes de la rétrodéviation » et le professeur Schockært de Louvain trouve l'opération d'Alexander insuffisante. Le professeur Kochs de Bonn-sur-Rhin, Schauta de Vienne et Hégar de Munich adoptent des procédés différents et abandonnent l'Alexander.

Citons encore, comme ennemis de l'Alexander, Martin Daverpont, Van de Warker, Bulius, Coë. L'opinion de tous ces auteurs se résume dans ces mots du professeur Le Dentu : « C'est une opération infidèle ; on ne peut pas compter absolument sur elle, il est arrivé qu'elle a été suivie maintes fois d'une récidive. »

On nous reprochera peut-être de n'avoir pas donné les statistiques des détracteurs de l'Alexander. Nous répondrons simplement qu'ils ne les ont pas publiées et nous regrettons d'être obligé de nous borner trop souvent à des opinions.

Que conclure de tout cela ? Voilà un procédé opératoire vanté par quelques-uns, et violemment attaqué d'autre part.

C'est que l'Alquié-Alexander est une opération qui vise un but excellent, mais par des moyens souvent insuffisants.

Voyons maintenant quels sont les principaux griefs qui ont été lancés contre ce procédé.

On a dit tout d'abord (et Lucas-Championnière par exemple, en 1889) que son exécution pouvait rencontrer de réelles difficultés du fait de la recherche du ligament rond dans le canal inguinal où il est souvent réduit à quelques brides fibreuses sans résistance ou a quelquefois subi la dégénérescence graisseuse,

Dès 1885, Doléris et Ricard, dans l'*Union médicale* du 24 février affirmaient, en se basant sur 28 dissections, qu'à partir de l'orifice inguinal interne le liga-

ment rond n'existait plus ; qu'il n'y avait à proprement parler que des vestiges sans importance, nuls chez les jeunes sujets, nuls chez les femmes maigres, introuvables, s'ils existent chez les sujets très gras. Ils sont un peu plus visibles chez les vieilles femmes et à la période post-puerpérale.

Les auteurs, d'ailleurs à la suite d'une note rectificative de Beurnier, revinrent sur leurs affirmations.

Nous avons tenu à nous documenter personnellement sur ce point et nous avons recherché d'une façon systématique 48 fois le ligament rond dans le canal inguinal. Les sujets dont nous avons pu disposer étaient la plupart d'âge moyen et nous pouvons les diviser en deux groupes :

Sujets gras.....	22
Sujets maigres.....	26

Nous reconnaissons que sur les 22 sujets gras, 7 fois le ligament rond existait à peine ; et était réduit dans la portion intracanaliculaire à un cordon graisseux sans aucune résistance et se déchirant facilement par traction. Cependant, au niveau de l'orifice interne, le ligament se reformait et possédait une résistance suffisante. Sur les 26 sujets maigres nous l'avons toujours rencontré, sauf une fois où il semblait se terminer aussitôt après l'orifice interne. Remarquons cependant que sur 4 de ces sujets, le ligament rond était aplati, présentait des irrégularités de calibre et avait une médiocre résistance.

Il n'est donc pas tout à fait inexact de dire que

l'opération d'Alquié peut échouer dans certains cas par la constitution défectueuse (ne disons pas l'absence) du ligament rond (Richelot).

Lapthorn-Smith, au Congrès d'Édimbourg en 1898, attirait l'attention sur ce fait. Sur 89 opérations pratiquées par lui, les ligaments ronds de 3 femmes obèses avaient complètement subi la dégénérescence graisseuse et il fut impossible d'exercer par leur intermédiaire aucune traction. L'auteur conclut d'ailleurs que l'obésité est une contre-indication de l'Alexander, opinion un peu exagérée peut-être, mais qui contient néanmoins une part de vérité.

A la suite de nos dissections, il nous a été donné de faire quelques remarques. Ce qui nous a frappé d'abord, c'est la grande adhérence du ligament rond à l'orifice interne du canal inguinal. Cette adhérence est telle que dans la plupart des cas, nous avons dû, pour mobiliser le ligament rond, fendre partiellement l'orifice interne. C'est une difficulté et c'est une complication.

On crée en effet une brèche abdominale, qui si elle n'est pas minutieusement réparée, prédisposera à des hernies. L'argument n'est pas nouveau. Déjà en 1889, au Congrès de Chirurgie, lors de la fameuse discussion sur l'Alexander, le professeur Richelot signalait le fait. De Monchy plus tard, citait 8 cas de hernie inguinale pour 65 opérées revues. Krœnig, sur 126 observations rapportait 2 cas.

Chez tous nos cadavres d'expériences, nous avons réalisé l'opération d'Alquié. Après avoir isolé dans

le canal inguinal les ligaments ronds et les avoir attirés au dehors sur 8 à 10 centimètres, nous les avons fixés. Ouvrant ensuite la paroi abdominale, nous avons constaté les résultats obtenus. L'utérus a toujours été amené en antéflexion, voire même en *antéflexion un peu exagérée ;* il nous a semblé, mais nous ne donnons ici cette opinion que pour ce qu'elle vaut, que la traction n'était pas parfaite. On tire en effet sur le fond de l'utérus *obliquement en bas* et cette traction oblique doit avoir, sur le vivant comme sur le cadavre, l'effet de coucher l'utérus sur la vessie et surtout *de fléchir* le fond du col, au niveau de l'isthme. Combien différente au contraire, nous la verrons, est la traction exercée dans le procédé de Doléris. Là, en effet, on tire perpendiculairement en avant et le résultat est meilleur sans aucun doute : l'utérus se place droit, perpendiculaire au sacrum et ne s'antéfléchit pas comme dans l'Alexander.

Nous avions fait cette remarque, quand nous sommes tombé, en compulsant les *Archives für Gynecologie* de 1893, sur un article de Kocher et Lang de Berne. Ces auteurs avaient pensé à cette traction défectueuse et pour y remédier, ils fixaient les ligaments ronds raccourcis, non plus dans le canal inguinal, mais à la face externe de l'aponévrose du grand oblique dans l'espace intermédiaire à l'anneau inguinal profond et à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Le gros écueil de l'Alexander, c'est surtout la difficulté qu'en éprouve à fixer d'une façon durable les

ligaments ronds une fois raccourcis dans le canal inguinal. « On n'a pas tardé à s'apercevoir, dit dans une de ses cliniques le professeur Le Dentu, que le tronçon de ligament rond, même quand on l'avait fixé avec soin, avait une tendance à rentrer dans le ventre ».

De là de nombreuses modifications du procédé primitif dont quelques-unes très ingénieuses. Notre ancien maître, le Dr Lapeyre, par exemple, en collaboration avec Juvara, proposait de fendre le ligament rond détaché de ses insertions pubiennes en deux suivant sa longueur, et sur une étendue de 6 à 7 centimètres. Un nœud simple des deux chefs est alors fait, pour empêcher le ligament de se diviser plus loin, puis chaque moitié est passée successivement dans chacune des berges du canal inguinal « à la façon d'un lacet de bottines ». Arrivés à l'extrémité des piliers, les deux chefs sont noués l'un à l'autre. On peut fixer le nœud à l'aide d'un crin de Florence sous-cutané.

D'autres, comme Duret (Congrès de Gyn. et d'Obst., 1895), proposaient de nouer entre eux les deux ligaments découverts, et de fixer le nœud au périoste du pubis.

Eh bien, malgré toutes ces précautions, malgré toutes ces modifications que nous pourrions multiplier à l'infini, il n'en reste pas moins acquis que ce qui fera toujours échouer l'opération d'Alexander, *c'est qu'on ne peut compter en rien sur la fixation inguinale des ligaments ronds*. C'est qu'il manque là,

en effet, une large surface d'avivement, qui prédisposera à une adhérence durable.

Il nous reste, pour être complet, à étudier les résultats éloignés de la ligamentopexie d'Alquier au point de vue de la grossesse ultérieure.

On voit très souvent survenir une grossesse après cette intervention chez des femmes primitivement stériles. Et cela se comprend facilement, la rétrodéviation étant facteur de stérilité.

Comment va évoluer cette grossesse ? Bien, dans la très grosse majorité des cas. Les premiers, Alexander et Doleris ont rapporté des faits et ont signalé l'absence de toute complication.

Si nous en croyons Grusdew, Krœnig, Strassmann, Feutchwanger, Polk, Edebols, les femmes accuseraient vers le quatrième ou cinquième mois des sensations douloureuses au niveau des aines, sensations qui auraient une tendance à augmenter à mesure que l'utérus devient plus lourd.

L'avortement est rare : il a été noté cependant par quelques observateurs : Polk, Newmann ; vu la rareté de l'avortement et de l'accouchement prématuré chez les femmes ayant subi l'Alexander, il est bien difficile, à notre avis de dire si l'avortement est bien le fait de l'intervention. La statistique de Gradenwitz, cite 2 fausses couches pour 12 grossesses survenues chez 66 opérées. Celle d'Edebols, 2 fausses couches pour 12 grossesses chez 116 femmes opérées. Warde, sur 23 observations de grossesses après Alexander, cite 1 avortement. Rivière et Lamort, sur

16 grossesses, 2 avortements. Lapthorn-Smith, sur 5 grossesses, aucun avortement. Grusdew, sur 12 grossesses, cite 2 fausses couches survenues chez la même femme. De Monchy, sur 20 grossesses, 4 avortements.

L'accouchement, lui, est normal dans presque tous les cas. On a signalé une lenteur extrême du travail dans certains cas (Strassmann) ; dans d'autres (Werth), des douleurs expulsives anormalement intenses. Tout cela encore doit-il être mis sur le compte de l'Alexander ? Dans tous les cas rapportés par Alexander, lui-même, Newmann, Rivière, Warde, Polk, Edebols, Feuchtwanger, etc. l'accouchement a été normal et sans difficultés.

Voici, d'ailleurs brièvement rapportées, les observations de W. Alexander lui-même.

Obs. I. — X..., opérée le 16 mars 1881.
Devient enceinte en 1882.
Grossesse normale.
Accouchement normal.

Obs. II. — G..., trente-huit ans. Opérée le 24 janvier 1886.
Devient enceinte en juillet 1888.
Grossesse normale.
Accouchement normal.

Obs. III. — R..., trente-six ans. Opérée le 24 janvier 1886.
Devient enceinte en 1886.

Grossesse normale.

Accouchement normal. Travail un peu pénible.

Obs. IV. — S..., vingt-huit ans. Opérée en novembre 1886.

Enceinte en 1887.

Grossesse normale.

Accouchement normal.

Obs. V. — D..., trente-deux ans. Opérée en février 1888.

Enceinte en 1888.

Grossesse normale.

Accouchement normal.

Obs. VI. — R..., vingt-huit ans. Opérée le 1er octobre 1888.

Enceinte en 1889.

Grossesse normale.

Accouchement normal.

Obs. VII. — B..., trente-deux ans. Opérée le 13 septembre 1888.

Enceinte en 1889.

Grossesse normale.

Accouchement normal.

Voici les observations de Newmann :

Obs. I. — T..., vingt-trois ans. Opérée le 24 avril 1888.

Fausse couche au troisième mois.

Obs. II. — X..., trente-cinq ans. Douze avortements antérieurs à l'opération. Opérée le 31 mai 1888.

Enceinte en 1888.
Grossesse normale.
Accouchement normal.

Obs. III. — S..., vingt-sept ans. Opérée en juin 1888.
Enceinte en 1889.
Grossesse normale.
Accouchement normal.

Rappelons aussi les observations d'Imlach (*Edimbourg medical Journal*).

Obs. I. — X..., opérée en 1885.
Accouchement en 1887.
Présentation transverse.

Obs. II. — X..., opérée en 1886.
Accouchement normal en 1889.

Obs. III. — X..., opérée en 1887.
Enceinte en 1888.
Accouchement normal.

Rivière de Bordeaux a rapporté en 1892 l'observation d'une femme Marie B..., opérée par lui en 1890, qui devint enceinte en 1891 et accoucha la même année. L'accouchement fut des plus pénibles du fait de la position en O.I.G.T. et du volume du fœtus qui pesait 3.500 grammes.

Le professeur Pinard, nous l'avons vu tout à l'heure, a accusé l'Alexander de prédisposer aux

présentations de l'épaule..., ce à quoi Segond a répondu d'une façon fort judicieuse : « il est impossible de réunir dans un même chapitre les ventrofixations et l'Alexander ». Et Doléris ajoutait : « De ce qu'une mauvaise gynécologie provoque des désastres en obstétrique, on ne peut tirer de conclusions contre des interventions bien comprises. Nous l'avons vu au chapitre précédent, c'est sur le compte des ventrofixations qu'il faut mettre la plupart des insuccès obstétricaux.

Concluons donc dès maintenant :

1° *L'opération d'Alexander n'est pas une mauvaise intervention ;*

2° *Elle ne semble avoir sur la grossesse et l'accouchement aucune influence ;*

3° *Elle est la plupart du temps insuffisante dans le maintien de la rétrodéviation.*

ÉTUDE DU PROCÉDÉ DE DOLÉRIS

Le procédé de Doléris est, à notre avis, le traitement de choix dans les cas de rétrodéviation utérine mobile simple, chez des femmes jeunes.

Nous serons bref dans l'exposé de la technique opératoire de cette méthode. Nous adoptons le procédé de Doléris (deuxième manière) décrit tout au long dans la thèse de Hivet (Paris, 1901). Il consiste dans

le *raccourcissement des ligaments ronds et leur fixation de chaque côté de la ligne médiane, dans une boutonnière des muscles droits, faite à 2 centimètres à peu près à droite et à gauche de l'incision classique des laparotomies, juste au-dessus de l'épine pubienne correspondante.*

La « première manière » décrite par Doléris, en 1889, consistait simplement dans la fixation des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie, sans transfixion péritonéo-musculo-aponévrotique. Le second procédé, loin d'être comme on le lui a reproché, une « complication du premier », assure au contraire une fixation beaucoup plus solide et beaucoup plus durable. Il lui est supérieur.

Technique opératoire (résumée)

Premier temps. — Laparotomie en plan incliné. Incision médiane de 8 à 10 centimètres à peu près de la symphise pubienne au voisinage de l'ombilic. En approfondissant cette incision couche par couche, il faut respecter la ligne blanche à sa partie inférieure dans une hauteur de 2 à 3 centimètres, à partir du pubis.

Deuxième temps. — Reconnaissance de l'utérus.

Troisième temps. — Saisir et attirer l'utérus légèrement au dehors. On pourra se servir, pour cette manœuvre, d'une pince à traction ordinaire, ou mieux

de l'hystérolabe de Dartigues. Ce dernier instrument a l'avantage de ne pas blesser l'utérus ; il est construit de telle sorte que les forces de pression sont uniformément réparties sur l'organe de façon à le meurtrir le moins possible ; il est dépourvu de crochets et, de par la disposition même de ses branches, il englobe « empaume » pour ainsi dire l'utérus.

Reconnaissance des ligaments ronds. — La portion de ces ligaments à utiliser est à l'endroit où le ligament rond abandonne le ligament large, c'est à dire à 4 ou 5 centimètres de la corne utérine. A ce niveau il forme un cordon unique, blanchâtre, toujours visible.

Quatrième temps. — Pratiquer au bistouri, à droite de la ligne médiane, à 1 centimètre à peu près, au niveau de la bandelette fibreuse intentionnellement ménagée, juste au-dessus de l'épine pubienne, une petite boutonnière intéressant : aponévrose, muscle et péritoine. Glisser, de dehors en dedans, sur le bistouri laissé en place, une pince de Kocher fermée. Retirer le bistouri, et avec la pince, aller saisir le ligament rond droit dans sa partie utilisable et l'attirer, en anse, dans la boutonnière. L'anse devra sortir légèrement de la boutonnière (1 centimètre à peu près). Fixer cette anse ligamentaire dans la boutonnière par un premier point de catgut n° 2.

Cinquième temps. — Même manœuvre à gauche.

Sixième temps. — Accoler l'une à l'autre les deux anses qui dépassent avec deux à trois catguts.

Septième temps. — Suture du péritoine au-dessus de la fixation.

Suture des plans musculo-aponévrotiques.

Suture de la peau. A ce moment, Doléris conseille de reprendre encore avec deux crins les anses ligamenteuses qui se trouvent ainsi incluses dans le derme.

De cette façon, dit-il, les ligaments sont fixés :

1° *Par leur accolement intime ;*

2° *Par leur inclusion dans le derme.*

Tel est le procédé de Doléris, tel qu'il convient de l'appliquer. Il nous reste à passer en revue ses avantages.

Il a, avec l'Alexander, quelques avantages communs. Tout d'abord, tout comme l'Alexander, c'est un procédé éminemment rationel et éminemment « physiologique », puisqu'il laisse à l'utérus toute sa liberté. Que la grossesse survienne dans un utérus fixé par le procédé de Doléris rien n'entravera le développement de l'organe, pas d'adhérences pour ainsi dire « pathologiques », comme dans la vagino-fixation ou la ventro-fixation. Les ligaments ronds s'allongeront tout en s'hypertrophiant et permettront l'ascension régulière et progressive de la matrice. Toute bonne intervention, visant la fixation de l'utérus, doit, en effet, conserver ce trait d'union musculaire, extensible, élastique, représenté par les ligaments ronds entre la paroi abdominale et l'utérus. D'ailleurs, il nous suffira de jeter les yeux sur les quelques observations que nous rapportons à la fin de ce travail pour bien nous persuader que jamais le Doléris n'a occasionné l'avortement, la présentation vicieuse de la dystocie,

et cela, parce qu'il conserve et respecte les conditions anatomiques.

De plus, après l'accouchement, l'involution utérine n'est nullement gênée ; par conséquent, aucune complication à craindre ; pas de ces hémorragies graves de la délivrance que nous avons vues se produire avec les fixations abdominales et vaginales directes. L'utérus revient rapidement sur lui-même, les ligaments ronds reprennent leur forme primitive et, du fait de leur tonicité que n'altère pas la grossesse, continuent à bien maintenir l'utérus en antéversion. L'expérience d'ailleurs le prouve. Les cinq malades opérées par le Dr Barnsby, ont été très soigneusement examinées bien longtemps après leur accouchement ; la matrice était bien restée fixée en avant et n'avait subi aucun abaissement. Il en est de même dans nombre d'observations publiées par Doléris lui-même, par Montprofit, par Wylie et Mathew.

Rien que cela devrait nous suffire. Mais la ligamentopexie abdominale de Doléris a d'autres avantages qui assurent précisément sa supériorité sur l'Alexander et qui font que nous avons vraiment là une méthode thérapeutique de la rétrodéviation mobile à peu près parfaite.

A notre avis, l'inclusion des ligaments ronds dans une boutonnière des muscles droits est une merveilleuse trouvaille. Fixer les ligaments ronds n'est rien, *les bien fixer* est tout. Et, disons-le de suite, l'originalité de cette trouvaille revient tout entière à

Doléris. Richelot, Fumay et Hivet ont fait, en effet, justice de quelques contestations à ce sujet.

Quelque temps après l'opération, on a en effet une adhérence solide des ligaments au muscle, Doléris lui-même a pu le constater *de visu*, chez une femme qu'il dut laparotomiser à nouveau pour pyosalpinx, deux ans après avoir subi sa ligamentopexie. Nous citerons aussi un fait semblable que nous a rapporté notre ami le Dr Jacoulet. Ayant eu l'occasion *d'opérer* une femme précédemment opérée pour rétrodéviation mobile par le procédé de Doléris, il put constater d'abord, le maintien parfait, de l'utérus en bonne position et, ensuite, l'adhérence parfaite des ligaments ronds aux muscles droits, à tel point, nous a-t-il dit, qu'il était impossible au niveau de l'insertion de distinguer ce qui appartenait au muscle et ce qui appartenait aux ligaments.

Ce qui prouve bien d'ailleurs la solidité de la fixation, c'est le peu de récidives de la rétrodéviation notées par les différents auteurs après l'intervention.

Doléris en a rarement constaté. Il n'y en a pas un seul cas dans les observations de Montprofit, de Souligoux, de Barnsby. On conçoit de quelle importance est ce détail. Si, après l'Alquié-Alexander, la rétrodéviation se reproduit souvent d'une façon presque immédiate, ce n'est pas, comme on l'a prétendu, que les ligaments ronds ont une tendance à s'allonger indéfiniment, mais c'est que la fixation est défectueuse, c'est que sans le poids du fond de l'organe utérin, l'extrémité des ligaments ronds mal

fixée tend à rentrer dans le ventre, entraînant avec elle, progressivement, pour ainsi dire, son « point d'attache » insuffisant. Il manque dans l'Alexander une surface large d'avivement, prédisposant à l'adhérence solide et efficace.

Et puis, ce qu'on fixe dans le procédé d'Alquié, c'est l'extrémité du ligament rond, c'est-à-dire la partie la plus faible. Dans le Doléris, on crée une insertion nouvelle, dans une sorte de nouveau canal inguinal artificiellement creusé en plein muscle, portant au contraire sur un point résistant et plein du cordon ligamenteux.

C'est là une supériorité considérable. Ajoutons aussi que dans le procédé de Doléris, la traction sur le fond utérin est parfaite et s'exerce normalement en avant, assurant ainsi à la matrice sa position idéale, sans fléchir le corps sur le col, comme le fait souvent l'Alexander. L'opération de Doléris est donc parfaitement *réparatrice*, *curative* et *d'effet durable*.

A la suite de l'intervention, l'état général et l'état local des malades s'améliorent rapidement. Les règles se régularisent et deviennent moins abondantes.

Ce qui fait le grand intérêt de cette opération, c'est qu'elle est d'une pratique facile et qu'on peut l'exécuter en une demi-heure au maximum, y compris souvent l'examen et le traitement des annexes. De plus, elle n'est jamais dangereuse.

On a cherché à accumuler contre elle quelques

griefs. On l'a accusée de prédisposer aux éventrations. Nous ne relèverons pas cette objection. Quelle est la laparotomie qui ne prédispose pas aux éventrations, si les sutures sont mal faites ou si la plaie a suppuré ? On a dit aussi qu'après la fixation abdominale des ligaments ronds l'*occlusion intestinale* était possible, car ces ligaments, venant s'insérer à la paroi, forment une sorte de fossette où peut s'engager l'intestin.

Cette objection est plus plausible, quoique on n'ait jusqu'alors rapporté aucun cas d'étranglement interne après le Doléris. D'ailleurs, si nous en croyons les anatomistes, il est vrai de dire que rarement l'intestin descend dans le cul-de sac vésico-utérin, lorsque l'utérus est à son état d'antéversion normale.

Concluons donc avec Jeannin (*Presse médicale*), qu' « en somme le procédé de Doléris a une indiscutable supériorité comme méthode de traitement de la rétrodéviation utérine. Cette supériorité se manifeste en effet sur tous les points. Cette méthode est la plus rationnelle, la plus physiologique en quelque sorte ; elle met l'utérus en une situation aussi normale que possible ; elle corrige au maximum la lésion et réduit au minimum les risques de récidive ; elle met plus que tout autre à l'abri de toute complication obstétricale ultérieure ».

Sa meilleure application est dans le traitement de la rétrodéviation simple, mobile, non inflammatoire, sans adhérences chez des femmes jeunes, primi-

pares ou plus souvent nullipares, possédant un périnée suffisant et n'ayant aucune tendance au prolapsus utérin.

Elle suffit seule à assurer la correction complète de la rétrodéviation et il n'y a pas lieu d'y ajouter l'hystérectomie cunéiforme antérieure et postérieure, conseillée par Jonnesco au premier Congrès des Sciences médicales de Moscou, en 1897, et préconisée dans la suite par Folet et Mauclaire. Ce complément opératoire doit avoir en effet de rares applications, sauf peut-être dans les cas de rétroflexion utérine invétérée, presque impossible à corriger, l'utérus sclérosé se détendant comme un ressort dès qu'on l'a ramené en avant.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS RELATIVES AUX RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA LIGAMENTOPEXIE ABDOMINALE DE DOLÉRIS DANS LE CAS DE RÉTRODÉVIATION UTÉRINE MOBILE

Observations dues à l'obligeance du Dr Bansby

Obs. I. — Mlle Marguerite A...(jeune fille de la campagne). Premières règles à douze ans, irrégulières et douloureuses.

Dès son jeune âge, cette jeune fille est habituée aux plus durs travaux de la campagne. Sa famille ne lui épargne aucune fatigue. A quinze ans, elle fait une chute grave sur les pieds d'une hauteur de 4 mètres. Elle ressent à ce moment une violente douleur dans le bas-ventre et le flanc gauche. Le diagnostic porté après plusieurs mois de souffrances et de nombreux examens est celui de rein mobile gauche. On pratique en 1902 une néphropexie.

La malade vient me consulter fin 1902. Elle continue à souffrir du bas du ventre et du côté gauche. Elle se plaint de coliques prémenstruelles de plus en plus douloureuses, elle accuse une douleur lombo-sacrée constante plus marquée au moment des règles. Ces malaises l'obligent à garder le lit pendant quatre à cinq jours par mois. Cette jeune fille, devenue très nerveuse, a dû cesser ses occupations.

Examen. — Le toucher vaginal est impossible. Le toucher rectal montre un utérus congestionné, rétroversé et mobile. Le fond de l'organe très en arrière est douloureux est rejeté à gauche. Les culs-de-sac latéraux sont souples et indolores.

Opération (1903). — Ligamentopexie abdominale avec conservation des annexes intactes et non adhérentes. Appendicectomie.

Suites éloignées (1908). — Cette malade a été tellement soulagée, qu'elle est revenue me voir depuis son opération deux fois par an pour me remercier. Elle est employée actuellement dans une grande boucherie où elle travaille du matin au soir. Toutes les douleurs intermenstruelles ont disparu. Les règles sont à peine douloureuses.

Obs. II. — M^lle^ M. B..., vingt-huit ans (aide de cuisine).

Réglée à quatorze ans, très régulièrement, dysménorrhée et douleurs lombaires intermenstruelles dès l'âge de quinze ans.

A vingt ans, elle s'aperçoit que son ventre augmente de volume et de façon très sensible. De plus, elle se plaint de ménorragies abondantes. Après examen, on diagnostique un kyste de l'ovaire.

Une laparotomie est faite dans le Midi, il y a huit ans. Ovariotomie droite.

Depuis cette époque, cette jeune fille a continué à souffrir : dysménorrhée, ménorragies, douleurs lombaires n'ont été nullement améliorées par l'ablation du kyste. Ces troubles sont assez marqués d'ailleurs pour forcer la patiente à s'arrêter.

Examen. — L'utérus est couché en arrière dans le Douglas.

Il est augmenté de volume, mobile, très sensible au toucher. Les annexes gauches sont intactes. Seul l'ovaire semble un peu gros.

Opération (1902). — A l'ouverture du ventre, on ne constate aucune adhérence tant intestinale qu'épiploïque au niveau de la face interne de la cicatrice. Ce détail a son importance, car la moindre adhérence aurait pu suffire à expliquer partie tout au moins des douleurs accusées.

L'utérus profondément situé est replié et couché sur le rectum, soit en rétroflexion légère.

Il est amené en avant et fixé à la paroi. Ligamentopexie abdominale.

A droite, le moignon au niveau de la corne droite (reliquat de la première opération) est en parfait état.

A gauche, la trompe est saine et l'ovaire est légèrement adhérent. Ces quelques adhérences filamenteuses sont facilement libérées avec le doigt. Ces annexes gauches sont conservées.

Suites éloignées (1908). — La malade a été revue en 1903-1905 en 1907, Elle ne souffre plus ni avant ni après les règles. Elle a repris son métier et la grande nervosité constatée avant son opération a pour ainsi dire disparu. L'utérus est resté bien fixé en avant. Les règles sont redevenues normales.

Obs. III. — Mlle S. B..., vingt ans, fille de ferme.

Réglée à quinze ans, très irrégulièrement.

Mlle B... est une forte fille de campagne, faisant depuis son enfance les plus durs travaux.

La malade vient me trouver parce que le travail devient pour elle de plus en plus difficile, depuis deux ans surtout. Elle se plaint de très violentes douleurs lombaires, douleurs constantes avec exagération au moment des époques. La station debout, longtemps prolongée, est devenue impossible. Les règles ont augmenté de durée et d'abondance (quinze jours sur trente). Cette jeune fille m'est envoyée avec le diagnostic : fibrome utérin.

Examen. — Le toucher vaginal assez facile montre un utérus légèrement augmenté de volume, douloureux, en rétroversion mobile et remplissant le Douglas. Les annexes gauches semblent intactes. A droite, on trouve un gros ovaire douloureux. Il n'existe aucun degré de prolapsus utéro-vaginal.

Opération (1904). — Ligamentopexie abdominale (utérus non adhérent). Les annexes gauches sont en parfait état, l'ovaire droit est parsemé de gros kystes, mais la trompe étant saine, on se contente de quelques points de thermocautère sur l'ovaire. Appendicectomie.

Suites éloignées (1908). — Guérison radicale qui s'est maintenue jusqu'à ce jour. La maladea repris son dur métier sans aucune fatigue.

Obs. IV. — Mlle G. V..., vingt-deux ans, écuyère de cirque.

Réglée à quatorze ans, assez régulièrement, cette jeune fille commence, dès l'âge de seize ans, à exécuter les exercices équestres les plus périlleux. Elle n'en est d'ailleurs plus, nous dit-elle, à compter les chutes.

Elle commence à se plaindre à dix-sept ans : dysménorrhée

légère, règles plus abondantes, mais surtout douleurs lombaires s'irradiant vers la pointe du coccyx, sensation de pesanteur dans la région périnéale, constipation opiniâtre, crises hémorroïdaires avec hémorragies, ténesme rectal, violentes douleurs suivant la défécation.

Cette jeune malade est opérée à dix-huit ans (cure radicale d'hémorroïdes et dilatation pour fissure anale). Tous les symptômes accusés avaient été mis sur le compte de cette petite lésion.

Après l'intervention, les crises hémorroïdaires et les douleurs dues à la fissure disparaissent, mais en revanche les troubles de l'appareil génital et surtout les douleurs sacrées persistent. De plus, la malade très frappée devient triste et extrêmement nerveuse.

Examen. — Le toucher vaginal et le toucher rectal montrent un utérus mobile, gros, congestionné, en rétroversion complète. Le corps utérin est très sensible au toucher. L'examen des annexes est négatif. Il n'existe pas de prolapsus utéro-vaginal.

Opération (1905). — Ligamentopexie abdominale suivant technique habituelle, ignipuncture de l'ovaire gauche. Les trompes étant saines et cathétérisables facilement, les annexes sont conservées.

Suites éloignées. — Cette jeune fille est revenue me voir à peu près régulièrement chaque année, lors des tournées faite en Touraine par son établissement.

Le fait le plus important est qu'à la suite de cette seconde intervention elle a pu reprendre ses occupations et remonter à cheval sans souffrir. Sa santé est parfaite, les douleurs sont nulles et l'utérus est resté en antéversion.

Obs. V. — Mlle Y. B...., seize ans, femme de chambre.

Réglée à treize ans, cette jeune fille se plaint, dès cette époque, de dysménorrhée très marquée et de ménorragies très abondantes.

Elle fait :

Une première crise d'appendicite aiguë en 1900 ;

Une deuxième crise en 1901 ;

Une troisième crise en 1904.

Cette malade m'est amenée en vue d'une appendicectomie, les troubles de l'appareil génital étant mis par l'entourage et le médecin sur le compte de l'appendicite.

Examen. — La fosse iliaque droite est douloureuse et le point de Mac Burney est très net. Le toucher vaginal est impossible. Au toucher rectal on trouve l'utérus rétroversé. Le corps utérin est gros, douloureux, mais mobile et complètement basculé dans le cul-de-sac postérieur. Il est, de plus, fortement déjeté à droite, cette circonstance rend difficile l'exploration du cul-de-sac droit. Le cul-de-sac gauche est libre.

Opération (1905). — Laparotomie médiane faite intentionnellement en présence des troubles accusés et des constatations fournies par le toucher rectal.

Premier temps. — Appendicectomie, ablation d'un appendice gros, renflé à la pointe, fortement coudé et très adhérent au cæcum (position rétro-cæcale).

Deuxième temps. — Ligamentopexie abdominale. L'utérus est refoulé dans le Douglas, plaqué sur le rectum et fortement dévié à droite ; il est ramené en avant et fixé à la paroi suivant la façon habituelle.

Suites éloignées (1908). — La dysménorrhée et les ménor-

ragies disparaissent. La santé est excellente. Cette malade est mariée depuis le mois de mai 1908. Un toucher vaginal, pratiqué en juillet 1908, montre un utérus en antéversion normale et absolument indolore.

Obs. VI. — Mlle V. H..., vingt-six ans (lingère).

Réglée à treize ans, cette jeune fille m'est amenée par sa mère en 1905 pour des coliques prémenstruelles, existant depuis l'âge de treize ans. Ces coliques ont redoublé d'intensité depuis quatre ans. Les douleurs lombo-sacrées sont constantes et rendent tout travail debout très difficile. Des ménorragies abondantes complètent le tableau.

La famille, désirant marier cette jeune fille, et effrayée de son état général précaire, de son nervosisme et enfin de ses douleurs particulièrement vives, me l'amène, en me suppliant de la guérir avant la date fixée. Fait extraordinaire pour des gens de la basse classe, l'entourage autorise une laparotomie chez cette jeune fille.

Examen. — Rétroversion utérine mobile très douloureuse annexes intactes.

Opération (janvier 1905). — Ligamentopexie abdominale, appendicectomie.

Suites éloignées (1908). — Santé parfaite dans l'intervention, disparition des douleurs. Malade mariée depuis huit mois.

Obs. VII. — Mme D..., trente ans (nullipare).

Premières règles à treize ans, très abondantes et doulou-

reuses dès le début. Les douleurs prémenstruelles sont très vives pendant trois jours ; s'atténuent un peu dès que le sang apparaît. La malade d'ailleurs a toujours été obligée de s'aliter deux à trois jours par mois. A la dysménorrhée, il faut ajouter des douleurs lombo-sacrées constantes avec exagération chaque mois.

Mariée à vingt ans la patiente continue à souffrir de la même manière. Les ménorragies augmentent ; l'état général est médiocre ; la stérilité est complète. C'est surtout cette dernière raison qui pousse Mme D... à venir me consulter. Elle me raconte, en effet, qu'avant son mariage, elle consulta pour la dysménorrhée. Il lui fut répondu : « Mariez-vous et toutes ces misères disparaîtront. » On en fit une nerveuse, un point, c'est tout. Mariée, elle continuait à souffrir et de plus ne voit pas son rêve se réaliser : première grossesse.

Examen. — L'utérus est très gros, mobile, très sensible, en rétroversion très manifeste. Le col est congestionné, volumineux, ulcéré. Le corps est basculé en arrière remplissant le cul-de-sac postérieur. Les culs-de-sac latéraux sont libres, mais sensibles. Il n'existe pas de prolapsus.

Opération (1905). — Laparotomie médiane, ligamentoxepie abdominale. Les trompes sont saines et cathétérisables très facilement. Les ovaires légèrement adhérents (adhérences filamenteuses) sont libérés et ignipuncturés. Les annexes sont donc conservées.

Suites éloignées (1908). — Disparition des douleurs, diminution des métrorragies. Grossesse en 1906, accouchement simple quoique long.

Un examen pratiqué en juillet 1908 montre un utérus bien

fixé en avant, sans abaissement appréciable, les règles sont redevenues normales et sont à peine douloureuses.

Obs. VIII. — Mme X..., vingt-deux ans, mariée à dix-huit ans (nullipare).

Réglée à quatorze ans, elle a toujours souffert, pendant les premiers jours précédant les époques. Les douleurs prémenstruelles ont persisté après le mariage. En 1903, elle vient nous consulter pour deux raisons : douleurs prémenstruelles et stérilité depuis le mariage (quatre ans).

Examen. — L'utérus est volumineux. Le col est petit et situé sous la symphyse. Le corps utérin remplit le Douglas, il est très mobile ; la réduction, légèrement douloureuse, en est très facile mais ne se maintient pas. Les annexes semblent intactes, les culs-de-sac sont libres et indolores. Rétroversion utérine mobile très marquée, sans aucun prolapsus, appréciable.

Opération (avril 1903). — Ligamentopexie abdominale annexes conservées, appendicectomie.

Suites éloignées (1908). — Cette malade a été revue chaque année. Les douleurs prémenstruelles ont considérablement diminué aussitôt après l'intervention.

Grossesse fin 1903, accouchement normal sans aucun incident.

Dernier examen 1908 : utérus mobile en antéversion normale.

Obs. IX. — Mme A. T..., vingt-huit ans. Marié à dix-neuf ans (nullipare).

Réglée à seize ans, règles normales non douloureuses.

A vingt et un ans, grossesse tubaire de deux mois. Laparotomie (ovariotomie gauche).

Depuis l'intervention, douleurs abdominales et lombo-sacrées, intermenstruelles et surtout prémenstruelles, ménorragies très abondantes. Stérilité.

Examen. — Utérus en rétroversion complète, mobile, mais très sensible au toucher en arrière et au niveau de la corne gauche, cul-de-sac droit et indolore.

Opération (1905). — Laparotomie médiane. L'utérus remplit le Douglas et il existe quelques adhérences filamenteuses au niveau de la corne utérine gauche (ancien pédicule). Ces adhérences qui semblent avoir fixé l'utérus en rétroposition, sont libérées assez facilement. L'ovaire droit scléro-kystique est ignipuncturé, la trompe est saine, les annexes sont conservées.

Suites éloignées (1908). — Disparition des douleurs, retour complet à la santé.

Grossesse en 1907, accouchement normal.

Obs. X. — M^me^ Y.-V. Ch..., trente-quatre ans, mariée à vingt-sept ans (nullipare).

Réglée à quinze ans, vient nous consulter pour plusieurs raisons.

Dysménorrhée très ancienne, stérilité, rapports conjugaux très difficiles, état général médiocre, nervosisme extrême.

Examen. — Rétroversion utérine mobile, sans lésions annexielles appréciables, pas de prolapsus.

Opération (1904). — Laparotomie médiane, ligamentopexie abdominale. Les annexes sont prolabées et légèrement fixées par des adhérences filamenteuses (véritables toiles d'araignées). Les trompes sont cathétérisées. Le tout est conservé.

Suites éloignées (1908). — Première grossesse en 1905, accouchement normal. Un examen, fait trois mois après montre un utérus mobile, indolore, en antéversion.

1908. — Malade enceinte de nouveau (quatre mois).

Obs. XI. — Mme Marie V..., vingt-neuf ans. Mariée à dix-neuf ans (nullipare).

Réglée à seize ans, dysménorrhée et règles abondantes depuis l'âge de seize ans, troubles s'accentuant constamment depuis vingt et un ans. Stérilité.

Examen. — La malade m'est amenée à vingt-six ans (1905). Au premier examen, on constate une rétroversion utérine très marquée. Le corps utérin est dans le Douglas. Le col est basculé sous la symphyse et difficilement accessible. Il n'y a pas de prolapsus.

Opération (1905). — Ligamentopexie abdominale, un petit kyste sur l'ovaire gauche, de la grosseur d'une mandarine, oblige à sacrifier les annexes de ce côté. L'ovaire droit est conservé. Appendicectomie.

Suites éloignées (1908). — Très grande amélioration dans les mois qui ont suivi l'opération.

Grossesse fin 1906, accouchement long mais normal, sans intervention.

Cette femme, revue en août 1008, ne souffre plus. Son utérus est resté en antéversion et n'est plus douloureux.

Obs. XII. — Mme P. A... (nullipare).

Premières règles à treize ans, toujours irrégulières et douloureuses; vie arrêtée pendant dix jours sur trente. Malade impotente et neurasthénique.

Mariée à vingt-six ans, elle continue à se plaindre: dysménorrhée, douleurs lombaires, ménorragies, rapports conjugaux impossibles, stérilité.

Elle nous est adressée, après avoir subi un curettage, une stomatoplastie pour atrésie du col, une néphropexie pour rein mobile.

Examen (1905). — L'utérus est congestionné, douloureux, en rétroversion mobile, les annexes sont en bon état. On ne constate pas de prolapsus.

Opération (1905). — Laparotomie médiane, ligamentopexie abdominale, ignipuncture des ovaires scléro-kystiques, appendicectomie.

Suites éloignées (1908). — Cette malade a été suivie minutieusement depuis trois ans. Pendant les six premiers mois qui ont suivi l'opération l'amélioration s'est faite rapidement: diminution sensible des douleurs, règles plus régulières, moins abondantes, transformation de l'état général.

Enceinte dès le septième mois, elle fait une fausse couche trois mois, à la suite d'une chute de voiture. Un curettage, fait à cette époque, permet de constater que l'utérus est resté parfaitement en place et n'est nullement abaissé.

Depuis, les douleurs n'ont pas reparu, l'état général est resté parfait, la malade a repris mine et entrain; elle déclare être « transformée ». Seul point noir: aucune grossesse.

Obs. XIII. — Mme S. T..., trente-trois ans (nullipare).

Réglée à douze ans, cette femme est laparotomisée à vingt ans pour un kyste ovarique volumineux. Les annexes droites sont enlevées.

Les violentes coliques prémenstruelles, accompagnées de vives douleurs lombo-sacrées, dont la patiente se plaignait avec son opération, ont persisté et se sont même accentuées.

Mariée à vingt-trois ans, elle a toujours continué à souffrir et est restée stérile.

Examen. — Rétroversion utérine mobile, cul-de-sac gauche libre.

Opération (1905). — Ligamentopexie abdominale, appendicectomie, utérus rétroversé, mobile, sans adhérences, annexes gauches intactes et conservées.

Suites éloignées (1908). — Disparition complète des douleurs, vie normale reprise, pas de grossesse.

Obs. XIV. — Mme F. W..., trente ans (nullipare).

Cette jeune femme, réglée à quatorze ans, et mariée à vingt ans, consulte pour la première fois il y a cinq ans. Les symptômes accusés sont les suivants:

Douleurs lombaires rebelles à tout traitement, douleurs constantes avec exacerbations au moment des règles, ménorragies très abondantes n'ayant pas été modifiées par un curettage fait six mois auparavant, stérilité, mauvais état général, amaigrissement progressif.

Examen. — Utérus volumineux, mobile, en rétroversion complète, culs-de-sac latéro-libres.

Opération (1903). — Laparotomie médiane, ligamentopexie

abdominale. On libère les annexes de quelques adhérences filamenteuses qui les fixent dans le Douglas. Les trompes sont facilement cathétérisables et le tout est conservé.

Suites éloignees (1908). — Disparition complète des douleurs, diminution notable des ménorragies, l'utérus reste fixé en antéversion normale.

Obs. XV. — Mme Anna H..., vingt-huit ans (nullipare).

Réglée à douze ans, mariée à dix-huit ans.

Consultation à vingt-quatre ans pour douleurs lombo-sacrées et stérilité.

Examen. — Rétroversion utérine mobile, col situé sous la symphyse, pas de sténose de l'orifice externe, corps utérin, congestionné et douloureux, pas de prolapsus.

Opération (1904). — Laparotomie médiane, ligamentopexie abdominale, trompes saines, gros ovaire scléro-kystique ignipuncturé.

Suites éloignées (1908). — Les douleurs ont disparu complètement, l'utérus reste en bonne position, la stérilité persiste.

Obs. XVI. — Mme G. B..., trente-deux ans (multipare).

Réglée à quatorze ans, mariée à dix-neuf ans, première grossesse à vingt et un ans, accouchement laborieux au forceps. Malade levée au neuvième jour.

Cette jeune femme, qui s'est admirablement portée pendant les deux années précédentes au mariage et qui ne s'est jamais aperçue, dans sa vie active, des périodes menstruelles, commence à souffrir pendant, avant et après, et devient assez

rapidement impotente. Ses lamentations peuvent se résumer en quelques mots : coliques pré et intermenstruelles, douleurs lombo-sacrées constantes avec exacerbations au moment des époques, nervosisme extrême, stérilité qui désole la patiente.

Examen. — En 1904 (sept ans après l'accouchement), rétroversion utérine, douloureuse, sans lésions des annexes et sans prolapsus utéro-vaginal, simple déchirure périnéale.

Opération (1904). — Premier temps : ligamentopexie abdominale. Quelques adhérences filamenteuses fixent les annexes gauches. Ces annexes sont dégagées et conservées.

Deuxième temps : périnéorraphie.

Suites éloignées (1908). — Disparition des troubles accusés.

Grossesse en 1905, accouchement très normal, vintg et un jours de lit. État actuel parfait au point de vue fonctionnel et au point de vue local.

Obs. XVII. — Mme A. T..., trente ans (multipare).

Réglée à quatorze ans, règles irrégulières mais non douloureuses.

Mariée à dix-huit ans, grossesse à dix-neuf ans, première fausse couche de cinq mois à vingt ans; seconde fausse couche de six mois à vingt et un ans. Depuis cette époque, dysménorrhée, douleurs lombaires très vives, troubles nerveux condamnant la patiente à l'inaction, stérilité.

Examen, — Rétroversion utérine mobile sans lésions des annexes.

Opération (1904). — Ligamentopexie abdominale, igni-puncture des ovaires, appendicectomie.

Suites éloignées (1908). — Les douleurs ont cédé, la

malade a repris ses occupations, l'utérus est resté en antéversion normale.

Obs. XVIII. — Mme J. V..., trente-quatre ans (multipare).

Réglée à quinze ans, menstruation normale non douloureuse.

Mariée à vingt et un ans. Première grossesse à vingt-deux ans, s'est levée le troisième jour et s'est remise à travailler du matin au soir.

A partir de cette époque : coliques prémenstruelles très vives, douleurs lombo-sacrées constantes avec exagération au moment des règles. Ni grossesse ni fausse couche depuis ce moment.

Examen. — Rétroversion utérine mobile, annexes intactes, périnée légèrement déchiré sans abaissement.

Opération (1906). — Ligamentopexie abdominale, annexes conservées, périnéorraphie.

Suites éloignées (1908). — Disparition des troubles fonctionnels, utérus bien fixé en antéversion.

Obs. XIX. — Mme W..., trente-sept ans (multipare).

Réglée à quinze ans, mariée à vingt-deux ans.

Deux grossesses normales (vingt-trois vingt-quatre ans).

Symptômes accusés après le dernier accouchement : règles douloureuses, douleurs lombaires, ménorragies durant quinze à dix-huit jours. La vie très active de cette femme devient impossible. Première consultation en 1906.

Examen. — Rétroversion utérine mobile, corps utérin très volumineux et très douloureux.

Opération (fin 1906). — Ligamentopexie abdominale.

Suites éloignées (1908). — Douleurs très atténuées, règles normales, utérus en place, occupations reprises.

Obs. XX. — Mme E. B..., trente-deux ans (multipare).

Réglée à douze ans, mariée à dix-huit ans.

Trois grossesses normales (dix-neuf vingt et un vingt-deux ans).

Aucune douleur abdominale, aucun malaise jusqu'à cette époque. Depuis ce moment, douleurs lombo-sacrées constantes avec exacerbations prémenstruelles, ménorragies très abondantes.

Malade adressée en 1906 pour gros utérus fibreux.

Examen. — Utérus congestionné, fortement rétroversé dans le Douglas, corps utérin prolabé pris pour un fibrome. Examen des annexes, négatif.

Opération (mars 1906). — Laparotomie médiane, ligamentopexie abdominale annexes conservées. Appendicectomie.

Suites éloignées (1908). — Malade en parfait état, règles indolores et peu abondantes, utérus bien fixé en antéversion. Début de grossesse (quatre mois).

Résumé de quelques observations déjà citées et se rapportant aux résultats éloignés de la ligamentopexie de Doléris, dans les cas de rétrodéviation mobile simple.

Obs. XXI (Hivet, *in* thèse). — X..., nullipare, trente ans Opérée en juillet 1900 à l'hôpital Saint-Louis, pour rétrodéviation mobile (avec annexes saines) mais douloureuses.

Ligamentopexie de Doléris.
Revue en mars 1901.
Maintien de l'utérus en bonne position.

Obs. XXII (*Idem*). — X..., nullipare, quarante et un ans.
Rétrodéviation mobile simple.
Ligamentopexie de Doléris, le 20 janvier 1900.
Revue en octobre 1900.
L'utérus est resté maintenu en bonne position.

Obs. XXIII (Hivet, *in* thèse). — D..., rétrodéviation mobile simple. Nullipare, pas de fausse couche.
Opérée le 15 novembre 1900 (ligamentopexie de Doléris).
Guérison.

Obs. XXIV (Hivet). — R..., dix-neuf ans. Nullipare.
Rétrodéviation utérine mobile douloureuse.
Opérée en 1900. Ligamentopexie de Doléris.
Revue un an après. Guérison.

Obs. XXV (Hivet). — B..., nullipare.
Rétrodéviation mobile.
Ligamentopexie de Doléris, le 10 mai 1900.
Revue en 1901. Guérison.

Obs. XXVI (Hivet). — B..., vingt-quatre ans, nullipare.
Rétrodéviation mobile.
Ligamentopexie de Doléris, 1900.
Revue guérie en 1901.

Obs. XXVII (Ferry, *in* thèse). — Mme A..., trente-deux ans, soignée en décembre 1903 par M. Richelot.

Depuis quelques années, phénomènes multiples de neurasthénie, troubles digestifs, règles irrégulières et douloureuses Marche difficile.

Rétrodéviation mobile. Annexes saines. — Laparotomie le 14 décembre, ovaires polykystiques. Ligamentopexie de Doléris.

12 février 1904. — Revue parfaitement guérie ; plus de douleurs ; utérus en antéversion, col gros, corps globuleux.

Quelques temps après encore quelques troubles nerveux, mais aucune douleur utérine.

Obs. XXVIII (Ferry, *in* thèse). — R... Léone, vingt et un ans. Hôpital Saint-Louis, 1902.

Mal réglée de quinze à dix-sept ans, bien, mais très abondamment depuis; quelques pertes blanches ; constipation opiniâtre, pesanteur dans le bas-ventre. Nullipare.

Rétroversion mobile. — Laparotomie le 17 avril. Petit utérus libre. Ovaires polykstiques. Ligamentopexie de Doléris.

Revue en mars 1904. Résultat parfait, seulement un peu de cystalgie.

Obs. XXIX (Ferry, *in* thèse). — C... Reine, vingt-neuf ans, ménagère.

Entre à Saint-Louis en juin 1902.

Rétroversion mobile simple.

Laparotomie le 28 juin. Ligamentopexie de Doléris.

12 octobre 1902. Position de l'utérus parfait.

Presque plus de douleurs.

Obs. XXX (Ferry, *in* thèse). — A..., femme C..., vingt-six ans, ménagère.

Entre à Saint-Louis en octobre 1902.

Rétrodéviation mobile.

Ligamentopexie de Doléris le 30 octobre.

29 juillet 1904. — Elle écrit à M. Richelot qu'elle souffre moralement et a des idées noires.

5 octobre 1904. — M. Richelot constate que l'utérus est en bonne position, que la malade ne souffre plus du ventre, mais qu'elle a des idées de persécution qui n'ont rien à voir avec l'état de son petit bassin.

Obs. XXXI (Ferry, *in* thèse). — S... Marie, quarante ans, multipare.

Entre à Cochin en 1904.

Rétrodéviation mobile simple.

Ligamentopexie de Doléris le 2 juin.

28 octobre 1904. — Utérus en bonne position, encore quelques douleurs.

Obs. XXXII (Ferry, *in* thèse). — Mme F.,., vingt-huit ans, nulliparc.

Entre à Cochin en février 1904.

Rétrodéviation mobile.

Ligamentopexie de Doléris le 18 février.

18 avril 1904. — Utérus bien maintenu. Plus de douleurs.

Obs. XXXIII (Ferry, *in* thèse). — P... Marie, trente-deux ans.

Deux enfants.

Rétrodéviation simple, mobile.

Ligamentopexie de Doléris le 8 avril 1905.

24 février 1906. — Utérus en bonne position. Très améliorée.

Obs. XXXIV (Ferry, *in* thèse). — M... Élisa, vingt-cinq ans, nullipare.

Rétrodéviation mobile simple.

Ligamentopexie de Doléris le 3 novembre 1904.

1906. — Légèrement améliorée.

Obs. XXXV (Ferry, *in* thèse). — B... Madeleine, vingt-huit ans.

Un accouchement normal en 1903.

Rétrodéviation mobile simple.

Ligamentopexie de Doléris en 1904.

1906. — Utérus en bonne position.

Obs XXXVI (Ferry, *in* thèse). — M... Lucie, vingt-quatre ans, nullipare.

Rétrodéviation mobile simple.

Ligamentopexie de Doléris le 15 novembre 1900.

21 juillet 1900. — Résultat excellent. Grossesse de quatre mois évoluant normalement. La femme a accouché depuis dans d'excellentes conditions.

Obs. XXXVII. — B..., soignée par M. Richelot en 1905.

Arthritique nerveuse.

Rétrodéviation mobile simple.

Ligamentopexie de Doléris.

Devient enceinte en septembre. Fait une fausse couche de trois à quatre semaines (cause inconnue).

Février 1906. — Utérus en bonne position.

Obs. XXXVIII (Ferry). — T... Hélène, vingt et un ans.

Un accouchement il y a trois ans (1902).

Rétrodéviation utérine mobile (1905).

Ligamentopexie de Doléris le 23 février 1905.

15 janvier 1906. — Enceinte de quatre mois.

Grossesse normale.

Obs. XXXIX (Gouin, *in* thèse). — B. A..., vingt-six ans, vierge.

Chute sur le siège, et consécutivement rétrodéviation utérine mobile.

Opérée le 19 mai 1898.

Ligamentopexie abdominale de Doléris.

Guérison.

Devient enceinte en 1903.

Grossesse normale. Accouchement le 6 décembre (O.I.D.P.). Dilatation complète à 9 heures du soir. Accouchement normal à minuit.

Enfant de 4.000 grammes, 53 centimètres.

Involution normale.

Six mois après, état parfait. Utérus en bonne position, antéfléchi.

Obs. XL. — X..., primipare.

Rétrodéviation utérine mobile.

Ligamentopexie de Doléris le 12 février 1901.

Devient enceinte en décembre 1902.

Accouchement normal à terme à la Maternité. (Siège décomplété mode des fesses).

Revue un an après.

Utérus antéfléchi.

Obs. XLI. — C..., trente-six ans.

Opérée le 12 avril 1902. Ligamentopexie abdominale de Doléris, par retrodéviation de l'utérus gravide (grossesse ds trois mois).

Accouchement à terme le 11 octobre.

Revue un an après : maintien de l'utérus en antéflexion.

Obs. XLII. — Communication de Doléris à la Société d'Obstétrique et de Gynécoloige de Paris du 9 décembre 1901.

Il s'agit d'une femme chez laquelle l'utérus gravide rétroversé produisait des douleurs violentes, anurie et constipation.

On fit une ligamentopexie et on ne conserva des ligaments ronds que 3 centimètres au niveau de l'utérus. La grossesse se développa normalement.

CONCLUSIONS

I.— La rétrodéviation utérine mobile simple existe bien, à proprement parler, en tant que *maladie véritable* ayant des symptômes propres et nettement définis.

Elle existe en dehors de toute lésion inflammatoire pelvienne.

Elle est l'apanage des femmes jeunes et relève de la diathèse neuro-arthritique.

II.— Ses causes doivent être recherchées :

1° *Dans un relâchement des tissus fibreux* en général et en particulier des tissus fibreux du petit bassin (ceux des *ligaments ronds* surtout);

2° *Dans le manque de tonicité utéro-pelvienne.*

III.—La rétrodéviation utérine mobile, sans lésions inflammatoires annexielles, doit être traitée de préférence par la ligamentopexie abdominale de Doléris, avec inclusion pariétale des ligaments ronds.

IV.— Il faut abandonner les méthodes antiphysiologiques et partant antirationnelles, telles que la ventrofixation et la vaginofixation.

BIBLIOGRAPHIE

ALQUIÉ. — Bulletin de l'Académie de médecine, 1840-1841, t. VI, p. 223.

BARSE. — Des Opérations correctrices des rétrodéviations de l'utérus et leurs résultats (Thèse de Montpellier, 1905).

BALDY. — Retro deplacements of the uterus and their treatment (N. Y. med. Journal, 1903).

BARNSBY. — Congrès de Chirurgie, 1908, p. 167.

BAUDOUIN (M.). — Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubienne dans les rétrodéviations de l'utérus (Thèse de Paris, 1889).

BÉGOUIN. — Hystéropexie abdominale (Thèse de Bordeaux, 1892).

BERRUYER. — L'Hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement des rétrodéviations utérines (Contribution à l'étude des résultats éloignés. Thèse de Lyon, 1895).

BLAN (P.). — De la Grossesse et du travail après l'hystéropexie abdominale antérieure (Thèse de Lyon, 1897).

BRODHEAD. — Rupture utérine au cours d'un accouchement chez une femme hystéropexiée (N. Y. obst. Society, 1901).

BAROZZI.— Les Ligaments ronds et l'opération d'Alexander (Gynécologie. Paris, 1905, X, 496).

CONDAMIN. — De l'Hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement de l'antéflexion utérine (Lyon médical, novembre 1896).

Congrès de Gynécologie de Bordeaux, 1895. Communication :

Tédenat, Duret, Doléris, Jeannel, Bouilly, Deman-Laroyenne, Reynier.

Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique de Genève, 1896. Traitement opératoire des rétroflexions de l'utérus. Rapporteurs : Küstner, Pozzi, Polk.

Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Rouen, 1904. Rapporteur : Oui.

Curmer. — Contribution à l'étude de l'hystéropexie et de ses procédés opératoires.

Dartigues et Caraven. — Ligamentopexie rétro-utérine (Presse médicale, 7 avril 1906.)

Delagénière. — Hystéropexie en suspension de l'utérus à la paroi abdominale. (Thèse de Paris, 1890).

Des Opérations qui se pratiquent sur les ligaments de l'utérus (Archives prov. de Chirurgie, 1898, p. 1).

Demelin. — Obstétrique, septembre 1897.

Delbet et Caraven. — De l'Hystéropexie isthmique (Revue de Chirurgie et de Gynécologie abdominale, janvier-février 1908).

Dickinson. — Rupture utérine au cours d'un accouchement après hystéropexie (New-York Obst. Society, 1901).

Dobbert. — Ist die Ventrofixur der gebærmutter eine berechtige operation (Saint-Pétersbourg. Med Wochenschrift, 1903, p. 203).

Doléris. — Raccourcissement des ligaments ronds (Gazette des Hôpitaux, 1884, p. 70).

Raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale (Bulletin médical, 1901. — Gynécologie, 1898).

— La Gynécologie, 1902.

— Bulletin médical, 1902.

— De l'Hystéropexie physiologique ou ligamentaire (La Gynécologie, 1904).

— Pathogénie des rétrodéviations (Nouvelles Archives d'Obst. et de Gyn., 1890, p. 32).

Eagleson. — Abdominal operation for the traitment of uteriñe retroversion (Domin. M. Month. Toronto, 1906, XXVI, p. 209).

Emerson. — Ventrosuspension and ventrofixation (J. Surgery. Gyn. et Obst., 1906, XXVIII, 507).

Faure (J.-L.). — La Gynécologie, 1903, 101.

Fergusson. — Anterior transplantation of the torend ligaments (N. Y. med. Jour., janvier 1903).

Field. — Operative treatment of retroversion of the uterus (Internat. Jour. Surgery, N. Y., 1903, 139).

Figuiera. — Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse (Thèse de Paris, 1903. Gynécologie, 1903, 217).

Ferry (Camille). — Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie médiate intrapéritonéale par les ligaments ronds, dans les rétrodéviations. Paris, 1906, 128 pages, in-8°.

Frainpont. — Du Traitement de la rétroversion utérine fixée par des adhérences (Ann. de la Soc. méd. chirug. de Liége, mars 1889).

— Quelques faits nouveaux de grossesses après hystéropexie (ibid., 1891).

— Cours de l'Université de Liége, 1910.

Fumey. — Du Traitement des rétrodéviations. Raccourcissesement intra-abdominal des ligaments ronds (Procédé de Doléris. Thèse de Paris, 1900).

Gouin. — Avantage de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical (Thèse de Paris, 1904).

Gayet. — Paralysie du membre inférieur gauche. Rétroversion utérine. Redressement et fixation des ligaments ronds. Guérison (Lyon chirurgical, 1909, 206).

Gilliam. — The Gilliams operation for deviation uterus (Internat. J. Surgery. N. Y., 1906, XIX, 380).

Hivet. — Traitement des rétrodéviations de la matrice par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. (Thèse de Paris, 1901).

HARMES. — Die Daucrerfolyen der Alexander Adams (Centralb. fur Gyn. de Leipzig, 1908, XXXII).

HELMBOLD. — Die Operative Behandlung de retroflexion uteri in den drei letzen Jahre (Charity Annalen. Berlin, 1904, XXVIII, 515).

HOLDEN. — The results of ventral suspension of the uterus (Americ. Journ. of. Obst., avril, 1905).

JACOBS. — Les Hystéropexies Leur Influence sur la gravidité (Bulletin Soc. belge. Gyn. et Obst., 1904, 47).

JEANNIN. — De l'Hystéropexie abdominale (Thèse de Lyon, 1895).

JONNESCO. — Traitement opératoire des rétrodéviations (Annales de Gyn. et Obst., 1897, 465).

JAYLE. — Liste des déviations utérines (Presse médicale, 1905, 780).

KUSS. —

KUSTNER. — Rapport au Congrès de Genève, 1846.

LANDRON. — Traitement des rétrodéviations utérines mobiles par le raccourcissement des ligaments ronds. Procédé de Wylie.

LE DENTU. — Rétroversion utérine (Presse médicale, 1906).

LUCIEN. — Influence de l'hystéropexie dans les grossesses ultérieures (Thèse de Nancy, 1896).

LAFOURCADE. — Des Rétrodéviations utérines (La Clinique, Paris, 1906.

MACREZ. — Tonixité utéro-pelvienne (Gyn. Paris, 1909).

MONTPROFIT. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (Anjou médical, 1900).

MONTGOMERY. — Therapeutic of the retro-deplacements (Surgery Gyn. et Obst. Chicago, 1906).

MONTMARQUET. — Hysteropexie followed by repeoded pregnanciers. (Albany. M. Am,, 1906, t. XVII, 787).

MÉRIEL. — La Ligamentopexie utérine de Dartigues. (Toulouse médical, 1906, t. VIII, 129).

OLSHAUSEN. — Ueber ventrale suspension bei prolapsus und retroversia uteri (Congrès des Naturalistes allemands de Berlin, 20 sept. 1886).

Oui. — L'Hystéropexie et son influence sur les grossesses ultérieures (Congrès O. G. P. Rouen, 1904. Bull. médical, Paris, 1904).

Oleva. — Opérat. d'Alexander (Arch. italiennes de Gyn. Naples, 1905, II,152).

Pichevin. — De l'Hystéropexie abdominale(Sem. gyn. 1903 329. — Sem. gyn., 1909, XI, 289).

— La Fixation rétro-utérine des ligaments ronds à travers le mésometrium ou opération de Balcy(Sem. gyn. Paris, 1909, XIV, 209).

Polosson. — Le Traitement chirurgical des rétrodéviations (Gaz. de Gyn. Paris, 1908. XXIII, 353).

Proust. - Du Redressement de l'utérus par fixation rétro-utérine. Les ligaments ronds. Résultats au point de vue de la grossesse. Compte rendu Soc. d'Obs. et Gyn., 1909, XI, 123.

Pozzi (S.). — Gynécologie.

Queirel. — Hystéropexie et puerpéralité (Annales Gyn. et Obst., 1904).

Richelot. — Sur le Traitement de la rétroversion utérine. Raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale (La Gynécologie, 1900, 971).

— Gynécologie, oct. 1905.

— Congrès de Paris, 1905.

Reifferscheid. — Die Alexander Adamsche operation und ihre Dauer resultaten (Arch. Gyn. Berlin, 1904. XXIII, 159).

Stankiewitz. — Du Traitement des rétrodéviations par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds (XIIIe Congrès de méd. de Paris, 1900. Sect. Gyn., 129).

Steinbüchel (Von). — Intrapéritonéale. Ligament wer kürtz ung nach Mengé (Munchen Med. Wochenschrift, 1906, LIII, 205).

Terrier. — Progrès médical, 1889.

Thiclemdus. — Les Hystéropexies au point de vue obstétrical (Revue méd. de Louvain, 1904, 285).

Villabd. — Traitement de la rétroversion utérine par le

raccourcissement des ligaments ronds (Revue pratique d'Obst. et Gyn. Paris, 1904, 45).

VINCI. — Conséquences éloignées de l'hystéropexie (Journal méd. de Bruxelles, 1907, 12-45).

Vu : le Président de la thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD